Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

QUINZIÈME ANNÉE

2e SÉRIE

TOME VI — 1887. — DEUXIÈME SEMESTRE

Illustré de 23 figures dans le texte

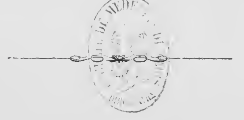
COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.). BOUDET DE PARIS, BRICON (P.), BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CHABBERT, CHARCOT (J.-M.), COMBY (J.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE FÉRÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.) LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LOYE (P.), MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE, MAUNOURY, (G.), MAYGRIER MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAYMOND, REGNARD (P.), RENAUT (J.), RICHER (P.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), STRAUS (I.), TALAMON (CH.), TEINTURIER (E.), TERRILLON, TRÉLAT, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), VOGT (E.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Arnauld, Babinski, Berbez, Bruhl, Calmettes, Casper, Chambard, Clado, Daguet, Danlos, Delattre, Devaux, Edwards Farabeuf (Bl.). Ferret, Galezowski, Girode, Guillot, Guyon, Horsley, Hourlier, Isch-Wall, Jacquemart, Langeweld, Legry, Le Dentu, Leibowitz, Longo, Mairet, Mantel (P.), Martha, Panas, Pichevin, Plicque, Potherat, Pilliet, Raoult, P. Raymond, Razdiczewski, Regnauld, Rousselet, Regnault, Sigaud, Sollier, Sorel, Tripier, Vignard.



PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Académie de médecine ; — Académie des sciences ; — Association française ; — Congrès ; — Société d'anthropologie ; — Société anatomique ; — Société de biologie ; — Société de chirurgie ; — Société médicale, etc. ; — Revues diverses.

A

H

I

J

K

L

M

ADDENDA.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 27. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 2 JUILLET 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

HÔPITAL NECKER. — M. le professeur **GUYON**.

Névralgie vésicale ;

Leçon recueillie par **E. POTHERAT**, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je me propose aujourd'hui d'attirer votre attention sur le malade couché au n° 2 de notre salle Saint-Vincent; je vous invite aussi à examiner le n° 12 de la même salle qui est à rapprocher de ce malade ; j'ajoute que certainement vous pourrez voir quelquefois à notre consultation externe des cas analogues à ceux dont je veux vous entretenir actuellement.

Ces deux malades de notre service ont tous deux une affection nerveuse; tous deux sont venus à l'hôpital parce qu'ils avaient à se plaindre de leur vessie, mais il y a des différences notables dans la manière dont ils en souffrent : Le n° 2 a de la douleur à la miction, et une augmentation du nombre des mictions; le n° 12 n'éprouve pas de besoins d'uriner, il ne peut évacuer sans sonde le contenu de sa vessie. Ce 2e malade n'est pas nouveau dans notre service, il y est déjà entré il y a deux ans pour des troubles de la miction ; entre temps il y a séjourné dans le service de M. le professeur Fournier à Saint-Louis. Je ne m'étendrai pas longuement sur lui, il doit surtout me servir de terme de comparaison avec le premier malade sur le cas duquel j'insisterai tout particulièrement, et je vous dirai de suite que c'est un exemple d'une affection ou plutôt d'un état morbide dont on parle peut-être un peu trop souvent, la *névralgie vésicale*.

Ce malade, couché au n° 2, est né de parents migraineux, il a lui-même eu de fortes et fréquentes migraines entre 15 et 25 ans ; à 27 ans il a été pris de névralgie trifaciale ; il y a 7 mois il a souffert d'une névralgie du testicule droit avec des irradiations lombaires simulant une attaque de colique néphrétique, mais en réalité il n'a jamais eu que de la névralgie iléo-lombaire et testiculaire. Voilà tout son passé pathologique ; il n'a jamais eu de blennorrhagie, ni d'affection vénérienne ou syphilitique.

Depuis quelques mois pourtant, il éprouve du côté de l'anus et de l'extrémité du gland, des phénomènes douloureux à la miction, et cependant ses organes urinaires ne présentent rien de pathologique en apparence, jamais il n'a eu d'hématurie, à l'exploration on ne trouve du côté du canal ni sécrétion anormale, ni rétrécissement, rien non plus du côté de la vessie ; les urines sont claires, sans dépôt.

Ce tableau clinique est celui de malades chez lesquels vous êtes absolument autorisés à porter le diagnostic de *névralgie vésicale* ; mais combien de cas sont ainsi désignés qui n'ont pas droit à ce diagnostic !

Il importe donc de bien préciser ce qui caractérise la névralgie vésicale, ce qui la constitue véritablement, pour ensuite indiquer le traitement qui lui convient spécialement. C'est pour cela que nous allons approfondir ces deux cas particuliers.

La *névralgie vésicale* se rencontre, tout d'abord, chez des sujets se rapprochant du type offert par notre n° 2, c'est-à-dire des névropathes ayant des phénomènes névropathiques nets sans lésions appréciables ; c'est ce qui arrive pour ce malade ; car aucun des phénomènes qui s'offrent à nous ne permet d'admettre une lésion médullaire, il est de cette grande catégorie des nerveux sans lésions, catégorie dont le domaine est, vous le savez, encore très vaste dans l'état actuel de nos connaissances. Beaucoup de femmes rentrent dans cette catégorie. Il semblerait donc que la névralgie vésicale dût être très fréquente dans le sexe féminin, et en particulier chez les hystériques ; il n'en est rien cependant, et, ici encore, les faits nous démontrent que l'analogie n'a rien à voir avec la clinique : la névralgie vésicale est bien rare chez les femmes hystériques, la rétention y est fréquente.

Dans le sexe masculin, au contraire, la névralgie vésicale est relativement fréquente ; chez les névropathes, non seulement chez ceux qui, comme notre n° 2, sont des névropathes héréditaires, mais chez ceux qui sont atteints d'une affection de voisinage légère, comme un petit varicocèle, affection qui n'entraîne le symptôme névralgique que parce que le sujet est un nerveux.

Vous pourrez encore observer la névralgie vésicale, dans cette catégorie de nerveux moins bien caractérisés et qu'on appelle les hypochondriaquas; ces malades qui sont atteints, ainsi qu'on l'a dit, d'une affection dont on ne guérit pas plus qu'on n'en meurt, mais qui ont des souffrances réelles, vous présenteront assez souvent des cas de névralgie vésicale.

Parfois la névralgie vésicale est une manifestation d'un tabes dorsalis ; mais ne croyez pas que cette manifestation vous conduira facilement au diagnostic de la lésion médullaire, vous seriez trompés dans nombre de cas ; car ces phénomènes vésicaux sont si précoces qu'ils devancent, pour ainsi dire, les phénomènes *préataxiques* eux-mêmes. Ce n'est que plus tard que le diagnostic s'affirme par la persistance du symptôme ou mieux encore par l'apparition d'autres signes de l'affection. C'est le cas de notre malade n° 12 ; lorsque je le vis, il y a deux ans, en présence des symptômes qu'il nous offrait, je pensai au tabes dorsalis ; M. Fournier, dont on connait la grande compétence en cette matière, et qui l'a eu dans son service, l'a nettement déclaré tabétique. Ce malade, cependant, ne nous présente pas les signes les plus ordinaires du tabes, les réflexes sont conservés, il n'y a pas incoordination de ses mouvements, quoiqu'il ait eu, à un moment donné, quelques troubles de la locomotion, il n'a jamais eu de douleurs fulgurantes ou térébrantes ; aussi, sans oser être aussi affirmatif que M. Fournier au sujet du diagnostic tabes, je dirai c'est certainement un myélitique. Pourrait-il en être autrement ? Pourquoi cet homme de 49 ans qui n'a aucun obstacle au cours de ses urines, dont la vessie ne présente rien d'anormal, dont la prostate et les vésicules sont saines, aurait-il eu des difficultés pour uriner d'abord momentanées, intermittentes, puis permanentes ? Pourquoi aurait-il eu tous les signes d'une paresse vésicale, si ces troubles n'étaient

pas sous l'influence d'une lésion médullaire. Et ici il ne peut plus être question de névralgie ; non seulement le malade ne souffre pas, mais il n'a même pas les sensations habituelles telles que le besoin d'uriner.

Donc on peut rencontrer des malades ayant des troubles urinaires se rapportant à des lésions médullaires non encore manifestes, mais qui deviendront constatables plus tard. Les troubles urinaires sont des symptômes précoces des affections médullaires, il ne faut pas l'oublier, et vouloir localiser à toute force dans l'appareil urinaire des manifestations morbides qui ont une toute autre origine. Ces malades sont, comme je l'ai dit depuis bien longtemps, des : « faux urinaires. »

Examinons un autre point ; dans une de mes dernières leçons, je vous parlais des *cystites douloureuses* et je vous faisais remarquer qu'il y avait parmi ces cystites dont la douleur est le caractère essentiel, de *grands* et de *petits* cas ? En est-il de même ici ? y a-t-il de grands et de petits névralgiques ? je répondrai affirmativement.

Ainsi, notre malade n° 2 de la salle St-Vincent est un petit névralgique, il y a de grands névralgiques, mais ils sont le tout petit nombre, presque l'exception : on ne les trouve que dans une seule catégorie de malades, les médullaires, et presque exclusivement chez les tabétiques ; et, si au moment où vous observez ces malades, vous ne découvrez pas la lésion médullaire, elle apparaîtra plus tard d'une manière évidente.

Mais, jamais même chez ces grands névralgiques, la douleur n'est aussi prédominante que dans la *cystite douloureuse* vraie, et c'est à tort que l'on a confondu la cystalgie avec la cystite douloureuse et par suite mal appliqué le traitement qui convient à l'une et à l'autre.

Permettez-moi d'ouvrir ici une parenthèse pour vous dire que, chez ces nerveux sans lésion, ou avec lésion médullaire encore cachée, un état pathologique de la vessie ou de l'urèthre peu ou point douloureux dans les cas habituels, devient très douloureux : ainsi, j'ai sous les yeux l'observation d'un malade que j'ai examiné à notre consultation externe et qui, pour un peu d'uréthrite postérieure, accusait des douleurs très intenses. Etonnés d'abord de ce fait exceptionnel, nous avons recherché l'état nerveux et nous nous sommes trouvés en présence d'un sujet nettement névropathique depuis son enfance, et certainement héréditaire.

Donc, l'état nerveux du sujet peut exagérer considérablement les douleurs des affections urinaires à lésion. Mais, s'il y a lésion et douleurs vives, comment différencierons-nous ces malades de ceux atteints de cystite douloureuse proprement dite, cystite dans laquelle la douleur devient tellement prédominante, qu'elle laisse tout le reste dans l'ombre et qu'elle appelle la thérapeutique contre ce symptôme ? c'est ce que nous allons rechercher maintenant. Je vous ai dit que les névralgiques étaient le plus souvent de petits névralgiques, qu'ils étaient des nerveux, des arthritiques ; dans leurs antécédents, vous trouverez souvent l'incontinence d'urine infantile, incontinence d'ordre nerveux.

Et, lorsqu'ils se présenteront à vous, laissez-les parler librement sans les interrompre par des questions ; ils ne vous parleront pas seulement des troubles urinaires qui les amènent, mais encore de quatre, cinq faits tout différents et qu'ils vous exposent presque à la fois. Vous verrez apparaître chez ces sujets la plus grande mobilité d'esprit, ils suivent plusieurs idées simultanément et cette mobilité se retrouve dans leurs symptômes qui sont aussi extrêmement variables ; tout à coup il survient dans leur état des mieux qui les ravissent, puis subitement un plus mal qui les attriste, les désespère. Notez aussi qu'ils ont des irrégularités sexuelles typiques : tantôt une excitation des appétits génésiques, tantôt, et cela bien plus souvent, une cessation ou tout au moins une grande accalmie de ces mêmes appétits.

Vous arriverez, en outre, au diagnostic en constatant qu'il n'y a pas de cystite. Pour qu'il y ait cystite, il faut trois choses : la fréquence et la douleur des mictions ; les sécrétions qui modifient les urines. Or, les urines ne sont pas modifiées chez les névralgiques ; voyez ces urines de notre n° 2 que je vous présente ; elles sont absolument limpides, les réactions pas plus que l'aspect extérieur n'indiquent rien d'anormal. Il ne reste donc que la fréquence et la douleur. Croirez-vous à un rétrécissement ? l'interrogatoire et l'exploration avec la boule olivaire lèveront tous vos doutes ; à un calcul ? les calculeux très souvent n'ont pas de douleurs ; voyez cet ancien calculeux que je viens d'opérer de récidive après dix ans ; sa pierre mesurait trois centimètres et il ne souffrait que depuis le mois de mai dernier. Il n'est pas exact de dire que les calculeux souffrent beaucoup. Ceux qui souffrent, ce sont ceux qui ont de la cystite ; sans cystite, pas de douleur, car une vessie qui n'est pas malade n'est pas douloureuse même au contact, et si celui-ci, dans une exploration vésicale, devient douloureux, c'est qu'il y a cystite.

Or, chez ces névralgiques que nous étudions, y a-t-il de la douleur à l'exploration ? Je l'ai cherchée. Pour cela j'ai pratiqué le toucher rectal ; la simple pression du bas-fond, la pression contre le pubis, la pression double, c'est-à-dire aidée de la palpation hypogastrique, n'ont éveillé aucune douleur : J'ai alors introduit l'explorateur métallique dans la vessie, et il ne m'a pas donné de douleur. Mais le cathéthérisme m'a permis de constater une exagération de la résistance et de la sensibilité de la portion membraneuse ; tous les nerveux, tous les craintifs, tous ces sujets qui semblent rentrés en eux-mêmes vous présentent cette résistance et cette sensibilité exagérée (ils sont aussi souvent spermatorrhéiques) ce qui m'a fait dire souvent qu'en explorant le canal d'un sujet on pouvait diagnostiquer son caractère.

Donc, sensibilité exagérée au passage de la portion membraneuse, mais rien de spécial ni au passage du col ni au contact de la vessie, voilà ce que nous a fourni l'examen de notre n° 2. Il nous restait une exploration à faire : la sensibilité à la distension. La distension donne une envie d'uriner douloureuse ; normalement, c'est là la manifestation principale de la sensibilité de la vessie ; or j'ai pu, chez ce malade, injecter environ 160 gr. de liquide sans éveiller cette sensibilité ; j'ai donc pu conclure, en fin de compte, qu'il n'a pas de cystite.

Cette résistance et cette sensibilité particulières de la portion membraneuse, dont je vous parlais il y a un moment, peuvent être telles qu'elles constituent un véritable obstacle, une grande difficulté au cathéthérisme. Nous avons rencontré cette difficulté chez un autre névralgique que nous avons eu l'occasion d'examiner à la consultation externe, il y a 6 jours.

Toutes ces particularités sont très importantes au point de vue du diagnostic différentiel. Supposez un myélitique, même un de ceux qui ont des douleurs vésicales très pénibles (c'est le cas d'un malade que j'ai soigné longtemps pour un état névralgique de la vessie au cours d'une myélite d'abord peu appréciable, laquelle l'a finalement fait succomber), même chez ces malades qui souffrent beaucoup, votre examen conduit méthodiquement, comme je viens de vous l'indiquer, ne relèvera

pour tout symptôme que cette résistance de la portion membraneuse, de telle sorte que si on voulait rétablir cette entité morbide désignée sous le nom de contracture du col, contre laquelle je ne cesse de m'élever, en montrant que ce qu'on appelle contracture du col est la contracture du corps de la vessie qui ne s'observe que dans la cystite douloureuse, on pourrait l'appliquer à la névralgie, en disant que c'est une contracture de la portion membraneuse.

Donc, vous pourrez arriver au diagnostic, mais seulement en faisant un examen rigoureux, car c'est pour n'avoir pas apporté cette rigueur d'observation que l'on a fait rentrer dans les états irritables de la vessie de nombreux faits de cystites tuberculeuses, de cystites blennorrhagiques, etc. Sans cet examen précis et méthodique de la vessie, on ne peut faire un diagnostic exact; sans cette recherche réglée dans tous ses détails, qui seule permet d'affirmer ou d'éliminer la cystite, l'état irritable, la cystalgie, la névralgie ne se différencieront plus et pourront être englobés bien à tort sous l'appellation de cystite.

Quel est le pronostic de la névralgie vésicale ? Que le névralgique soit un nerveux héréditaire ou acquis, il est bénin, cependant il est moins bon si le malade est un nerveux héréditaire.

Avant de vous préoccuper du traitement, vous devrez rechercher s'il n'existe pas de lésion de voisinage ayant pu provoquer l'apparition de la névralgie; déplacements utérins, affections du rectum, hémorrhoïdes, varicocèle, etc., car la thérapeutique devra alors s'adresser à la cause.

Il faudra aussi vous assurer de l'état du rein; car il est des faits très nets où une affection du rein a retenti sur la vessie sous forme de douleurs. Ainsi, il y a des symptômes vésicaux dans la colique néphrétique aiguë; de même, dans la colique néphrétique, Morgagni avait déjà vu une lésion localisée au rein s'accompagner de phénomènes vésicaux douloureux. Dans ces cas, si le rein était enlevé, la douleur disparaîtrait; on a cité des cas de cette nature à notre dernier congrès français de chirurgie. Mais, ici encore, ne vous hâtez pas de conclure, ne portez pas trop tôt le diagnostic de cystalgie symptomatique, car vous pouvez avoir simultanément un état morbide du rein et des lésions vésicales.

Au point de vue du traitement, vous comprenez que vous aurez bien plus souvent à vous adresser au malade qu'à la lésion. Voyez notre malade n° 2 de la salle St-Vincent; interrogez-le; il vous dira qu'il a eu de nombreuses accalmies; il vous dira, chose plus curieuse, que l'exploration, que nous lui avons faite il y a cinq jours avec l'instrument métallique, lui a procuré une amélioration, qu'il en a été de même avec le passage des béniqués qui a eu lieu hier. Cela semble en accord avec l'opinion de Civiale qui disait que, chez ces malades, le contact modifie la sensibilité et il leur introduisait des instruments de plus en plus gros en ayant soin de ne pas faire de la distension, mais simplement du contact. C'était là une bonne pratique. En effet, si vous faites une dilatation brusque, comme ceux qui croient à une contracture du col, vous n'obtiendrez pas d'amélioration au moins le plus souvent; celle-ci vous l'obtiendrez peut-être par une dilatation progressive.

Donc, vous pouvez avoir une amélioration par le traitement local consistant en une dilatation lente, progressive; mais pas de dilatation brusque. J'ai vu une malade chez laquelle, en Amérique, on avait fait cette dilatation; les douleurs n'ont pas tardé à reparaître. Le traitement local ne peut empêcher ces récidives, il se passe là ce qui s'est passé chez les élongés de Bicêtre, chez lesquels l'action chirurgicale sur les sciatiques avait fait espérer la guérison des douleurs fulgurantes. L'élongation n'ayant pas fait disparaître la sclérose des cordons postérieurs, ils ont recommencé à souffrir. L'élongation du col vésical, c'est-à-dire sa dilatation brusque, ne vous donnera pas de meilleurs résultats ou du moins ne produira rien de durable. Chez une dame essentiellement névropathique, je n'ai obtenu par la dilatation forcée du col, qu'une exagération des symptômes; elle a guéri plus tard par l'hydrothérapie. C'est, en effet, l'état général qu'il faut traiter et améliorer pour amener la guérison véritable des symptômes vésicaux, or, on conçoit aisément combien ce traitement est incertain quand il s'adresse à une lésion médullaire, comme celle du tabes dorsalis. Mais ce que vous ne pouvez espérer dans une affection vésicale nerveuse, symptomatique, de lésions centrales que vous ne pouvez faire disparaître, vous l'obtiendrez chez les névropathes proprement dits; chez ceux-ci, usez avec persévérance du traitement général et, en particulier, de l'hydrothérapie. Soyez discrets dans le traitement local, et ne vous laissez pas aller à recourir au traitement opératoire.

Vous comprenez bien facilement maintenant combien il importe de différencier nettement les cystalgies des cystites douloureuses, vous reconnaissez la valeur capitale d'un examen rigoureux et méthodique, entouré de toutes les précautions que je vous ai indiquées, portant sur les voies urinaires tout entières et plus particulièrement sur l'urèthre et la vessie. Dans la cystite douloureuse, en effet, vous avez le droit de compter sur les bons effets d'une opération bien conçue, et il est des cas où seule cette intervention chirurgicale vous permettra de modifier la situation du malade ou de le guérir.

THÉRAPEUTIQUE

Recherches sur l'action thérapeutique du Méthylal;

Par M. **A. MAIRET**, agrégé, et M. **COMBEMALE**, interne.

Au mois de juin 1886, M. Étienne Personali, du laboratoire de pharmacologie de Turin, présenta à l'Académie de médecine de cette ville une note sur l'action physiologique et sur les propriétés hypnotiques du méthylal.

Dans un mémoire (1) qui fait suite à cette note, M. Personali expose que par la voie sous-cutanée, la voie gastrique et la voie pulmonaire, tous les animaux sur lesquels il a expérimenté, grenouilles, lapins, pigeon, souris blanche, cobaye, chiens, se sont montrés sensibles à l'action hypnotique du méthylal à des doses variant de 1 à 5 gr. par kilogr. du poids du corps suivant leur situation dans l'échelle animale.

Le sommeil obtenu est profond avec suspension des réflexes, diminution de fréquence, mais augmentation d'amplitude des mouvements respiratoires, augmentation du nombre des battements cardiaques et abaissement de la pression, et enfin diminution de la température; l'activité des échanges nutritifs est ainsi atténuée. Il étudie ensuite l'antagonisme du méthylal et de la

(1) Personali. *Sulla azione fisiologica del metylal et sul sua azione ipnotica*, in *Giornale della real Academia di medicina di Torino*, 1886, p. 295.

strychnine, et réussit à suspendre les convulsions tétaniques et à arracher à la mort l'animal strychnisé. Agissant promptement, s'éliminant vite, ne s'accompagnant d'aucun trouble appréciable, le méthylal réalise la plupart des conditions requises pour un hypnotique.

Désireux de contrôler les résultats obtenus par notre confrère de Turin, nous avons repris l'étude du méthylal au double point de vue de son action physiologique et de ses applications thérapeutiques dans le domaine de la médecine mentale.

I. *Action physiologique.* — Nous ne donnerons pas par le détail les expériences physiologiques sur lesquelles nous avons établi notre opinion; nous nous contenterons d'indiquer les résultats qu'elles nous ont fournis, tels que nous les avons communiqués à l'Académie des Sciences dans la séance du 24 janvier 1887.

Le méthylal, acétal obtenu par l'action de la potasse sur le forméthylal, est un corps liquide, mobile et réfringent, d'odeur éthérée, d'une densité de 0,8551. Plus volatil que l'éther, il bout à 42° et est soluble dans l'eau, l'alcool, les huiles, etc.

Nos expériences, au nombre de 20, ont porté sur douze animaux : 4 cobayes, 6 chats, un chien, un singe. Le méthylal a été introduit dans l'économie par les trois voies : sous-cutanée, stomacale, pulmonaire.

Par la voie *hypodermique*, l'introduction du méthylal est très douloureuse, peut parfois produire une syncope et donner lieu, s'il est injecté pur, à des ulcérations consécutives.

A une dose variant entre 0 gr. 25 et 0 gr. 50 par kilogr: du poids du corps on note un peu de salivation ; puis, un quart d'heure ou une heure après l'injection, l'animal se couche et s'endort. Le sommeil est calme, mais l'animal reste sensible aux excitations extérieures ; les réactions sont lentes. Lorsque la dose atteint 0 gr. 50 par kilogr. du poids du corps, le sommeil devient plus profond et les excitations ont besoin d'être plus intenses pour le faire cesser. L'animal dort ainsi pendant plusieurs heures : nous l'avons suivi pendant six heures. Au réveil, il est lourd, apathique, mais bientôt il revient complètement à lui.

Entre 0 gr. 50 et 1 gr. 20 par kilogr. du poids du corps, le sommeil devient invincible, l'animal s'endort en mangeant ou tout à côté de ses ennemis naturels ; les excitations périphériques ont besoin d'être plus intenses encore que tout à l'heure pour produire des réactions lentes et faibles. Seulement, d'autres phénomènes apparaissent : légère dilatation pupillaire, fatigue musculaire considérable touchant de près à la parésie, l'animal saute avec peine et ne peut se tenir debout; élévation du pouls au début et salivation très marquée. Ces différents phénomènes disparaissent au bout de quelques heures et alors le sommeil persiste seul avec les caractères indiqués plus haut. A ce moment on note un léger abaissement de la température.

Au-dessus de deux grammes par kilogr. du poids du corps, il y a deux phases très nettes dans l'intoxication. Dans la première, affaissement avec somnolence, phénomènes paralytiques surtout marqués à l'arrière-train mais pouvant se généraliser progressivement ; hyperexcitabilité musculaire et parfois secousses convulsives spontanées dans les membres ; sensibilité générale et sensorielle diminuée et retardée, pupilles dilatées, chûte de la température, légère augmentation de la fréquence du pouls, respiration difficile, fréquente, se faisant en plusieurs temps ; les poils se hérissent.

Deux ou trois heures après le début de l'expérience, apparaît la seconde phase ; la parésie a disparu ou considérablement diminué, les autres phénomènes se sont amendés, il n'existe plus que le sommeil avec ses caractères ordinaires. Au réveil, les urines supprimées jusqu'alors réapparaissent ; l'animal reste abruti, sans initiative, sans appétit, maigrit et il lui faut plusieurs jours pour se remettre.

A ces doses élevées, la gravité des symptômes a été variable et semble tenir au degré de résistance de l'individu, et la mort peut survenir ; un cobaye a succombé à l'injection de 2 gr. 35 de méthylal par kilogr. d'animal.

A l'autopsie, on trouve une congestion généralisée de l'encéphale et du bulbe, des hémorrhagies punctiformes dans le parenchyme pulmonaire et le muscle cardiaque, des marbrures du foie et de la congestion de la substance corticale du rein.

Par *la voie Stomacale* on constate les mêmes symptômes que précédemment et le sommeil se produit aux mêmes doses, mais il est plus tardif ; il n'arrive que deux ou trois heures après la prise et est peut-être plus persistant.

Par la *voie pulmonaire* nous avons soumis deux chats renfermés dans une caisse *ad hoc*, une fois à des pulvérisations de 4 gr. de méthylal dans 50 gr. d'eau et une seconde fois à l'évaporation spontanée de 8 gr. 50 de la même substance. Dans le premier cas, nous n'avons obtenu que de la somnolence ; dans le second cas, le sommeil s'est montré comparable à celui que donnait la voie sous-cutanée ; seulement il s'accompagnait d'irritation des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, avec larmoiement, éternuements et toux.

Tels sont les résultats de nos expériences. Ils prouvent que, quelle que soit la voie d'entrée, les effets généraux produits par le méthylal sont les mêmes à quelques différences près : ainsi le sommeil est plus rapidement obtenu par la voie hypodermique et par la voie pulmonaire, mais il est peut-être plus persistant par la voie stomacale. Disons, en outre, que les effets principaux du méthylal restent les mêmes, peu importe le genre de l'animal soumis à l'expérience. Toutefois, plus l'animal est élevé dans l'échelle des êtres, plus il s'est montré sensible à l'action somnifère du méthylal ; chez le cobaye même nous n'avons jamais pu produire le sommeil vrai, nous n'avons obtenu que de la somnolence, ou bien, à doses élevées, des troubles comateux et paralytiques ; chez le singe, au contraire, il faut des doses moitié moindres que chez le chien et chez le chat pour amener le sommeil. Ajoutons enfin que l'élimination du méthylal se fait rapidement et qu'elle affectionne tout particulièrement la voie pulmonaire, si bien que pendant le temps qu'on pratique l'injection hypodermique, l'haleine de l'animal sent déjà le méthylal et que cette odeur persiste plusieurs heures, même si la dose est faible.

En résumé donc, si à des doses élevées le méthylal donne lieu à des phénomènes toxiques divers et entraine la mort en produisant des lésions irritatives atteignant différents organes, ce qui domine l'action de cette substance, c'est le sommeil, sommeil sur les caractères duquel nous avons suffisamment insisté et qui à doses relativement faibles, c'est-à-dire allant de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par kilogr. d'animal, est à peu près le seul symptôme observé.

Le méthylal est donc un *hypnotique* et, à en juger par la rapidité de son élimination, par l'absence ou le peu de troubles qui se montrent au réveil, un hypnotique qui ne s'accumule pas dans l'économie et dont le degré de toxicité est faible, puisqu'il faut le porter à plus de 0 gr. 50 par kilogr. du poids du corps pour voir apparaître des phénomènes graves contr'indiquant son emploi, et à plus de 2 gr, pour produire une intoxication vraie.

Ces prémices physiologiques étant connues, nous avons transporté le méthylal dans le domaine thérapeutique.

II. *Action thérapeutique.* — Nous ne suivrons pas, à propos de l'action thérapeutique du méthylal, la même marche que pour l'action physiologique. Nous croyons utile de résumer brièvement les observations qui nous serviront à établir nos conclusions (1).

Nos recherches ont porté exclusivement sur des individus atteints d'aliénation mentale de forme et de nature variables. Chez la plupart de ces malades le méthylal a été administré à plusieurs reprises et chaque fois pendant plusieurs jours consécutifs. Il était donné en une seule prise immédiatement avant le coucher et toujours par la bouche.

Le goût légèrement sucré et l'odeur éthérée du méthylal, sa grande solubilité dans l'eau, rendent son maniement facile et le font accepter volontiers par les malades; nous l'administrions dans un julep ordinaire. Donné ainsi de 1 à 8 gr., ce médicament n'a jamais produit d'intolérance gastrique ni suscité de trouble dans aucun organe. Nous avons seulement observé que les malades qui mouillent irrégulièrement leur lit, le mouillent chaque jour sous l'influence du méthylal; toutefois cette substance ne produit pas pareille chose chez les individus qui ne mouillaient pas antérieurement.

Au point de vue de leur forme et de leur nature nos 41 cas d'aliénation mentale peuvent être classés de la manière suivante : folie simple (manie, lypémanie) 16 cas, démence simple consécutive à une aliénation mentale fonctionnelle, 12 cas; folie alcoolique, 3 cas; démence par athéromasie, 3 cas; démence paralytique, 7 cas.

Comme il arrive souvent en aliénation mentale qu'un malade s'agite une nuit, dorme la nuit suivante, quitte à se réagiter la nuit d'après, nous avons administré le méthylal pendant plusieurs jours consécutifs et la plupart du temps chez des malades qui sont à l'Asile depuis plusieurs mois, quelquefois même depuis plusieurs années et chez lesquels nous connaissions par conséquent déjà l'évolution des accès d'agitation. Chez plusieurs de ces malades même nous avons déjà donné d'autres hypnotiques et nous avons pu ainsi comparer l'action de ces derniers avec celle du méthylal.

A. *Folies simples.*

Obs. I. — Mlle B... Suzanne, 50 ans, à l'asile depuis onze ans. Agitation par accès et érotisme; intelligence naturellement peu développée. Le premier jour d'un accès on administre 6 grammes de méthylal; le sommeil remplace les cris et le parlottage habituels à cette malade. Le second jour, insuccès. Les trois jours suivants on obtient de nouveau un excellent sommeil.

Obs. II. — Mme J... N..., 37 ans, depuis 10 ans à l'asile, manie avec incoercibilité. Insomnie liée à une surexcitation maniaque peu intense datant de quelques jours. On administre 2 grammes de méthylal du 22 au 24 janvier 1887. Le succès a été complet à chacune des trois prises; bon sommeil.

Obs. III. — Mlle E... Ursule, 27 ans, à l'asile depuis 7 ans, surexcitation maniaque entée sur l'idiotie et revenant par accès. Pendant ces accès d'une durée de 5 à 6 jours, la malade ne dort pas, s'agite et crie toute la nuit. Au début de l'un d'eux on administre 5 gr. de méthylal qui procurent pendant la nuit le calme et le sommeil. Le lendemain, de nouveau insomnie, on donne alors les deux jours suivants 6 gr. de méthylal, la malade recouvre alors un sommeil continu pendant toute la nuit.

Obs. IV. — M. M... Elie, 23 ans, lypémanie entée sur l'imbécillité. La première nuit de son entrée, ce malade, par ses gémissements, empêcha tout sommeil dans le dortoir. Dès le lendemain on donne 4 gr. de méthylal qui restent sans effets. Du 4 au 14 mars 1887, on donne chaque soir 6 gr. de méthylal; à partir de ce moment le malade est calme, dort, mais retrouve au réveil ses sentiments de peur. Du 15 au 18, avec 4 gr., et le 19, avec 2 gr., le malade continue à dormir.

Obs. V. — Mlle F... Augustine, 36 ans, à l'asile depuis 21 ans. Accès d'agitation maniaque à forme congestive entée sur une idiotie et s'accompagnant d'une lésion de l'oreille avec laquelle elle a des rapports.

Au début d'un accès on donne pendant trois jours 6 grammes de méthylal; les cris aigus que poussait la malade pendant presque toute la nuit cessent et le sommeil est continu.

Huit jours après, nouvel accès et nouvelle administration pendant 13 jours consécutifs de 6 grammes de méthylal, succès incomplet; elle se réveille plusieurs fois dans le courant de la nuit, puis elle se rendort. Elle mouille en outre son lit deux jours de suite. Dès que l'on suspend la potion, l'agitation nocturne recommence très intense.

Obs. VI. — Mlle D... Charlotte, 33 ans, à l'asile depuis 1 ans. Agitation maniaque intense revenant par accès et entée sur une idiotie incomplète. Cette malade, contre les insomnies de laquelle l'hypnone, l'uréthane, le chloral seul ou associé au bromure et à l'extrait de jusquiame ont été dirigés avec des succès divers, prend une première fois, pendant 3 jours, 5 gr. de méthylal. Après 5 ou 6 heures de sommeil, le parlottage reprend. Une seconde fois, pendant 7 jours, on prescrit 5 et 6 grammes de méthylal; même succès mais plus marqué, c'est toute la nuit ou 6 à 7 heures que dort la malade; au réveil l'agitation reste intense. Après deux jours de repos, on redonne 6 grammes de méthylal, et pendant 8 jours la malade dort calme et tranquille. Une quatrième fois, à 8 jours d'intervalle, 6 grammes de méthylal sont administrés et reproduisent les effets de la première série, 5 à 6 heures de sommeil.

Obs. VII. — Mlle L... Florestine, 40 ans, à l'asile depuis un an. Manie avec agitation et érotisme, intelligence anormalement développée. Une première fois, cette malade parlant toute la nuit, nous lui donnons 4 et 5 grammes de méthylal pendant 5 jours consécutifs. Sommeil d'une durée de 6 heures; après ce temps la malade recommence à parler. Quatre jours après, comme Mlle L... ne repose pas plus de 3 heures, on redonne 5 et 6 grammes de méthylal et le sommeil persiste de 7 à 8 heures, avec un réveil de quelques minutes, que 7 grammes ne réussissent pas à faire disparaître. Après neuf prises, on suspend la médication. Mais 4 jours après on la reprend à 6 grammes pendant 5 jours, et on obtient les mêmes résultats, le réveil du milieu de la nuit persistant au plus une demi-heure. Une quatrième fois, le méthylal est pendant 4 jours administré à 7 grammes; mêmes résultats que précédemment.

Obs. VIII. — Mme V... A..., 45 ans, à l'asile depuis 4 ans. Manie avec agitation par accès, lésions tuberculeuses des poumons. Le 7 février 1887, cette malade agitée nuit et jour depuis plusieurs jours, prend 5 grammes de méthylal, qui lui procurent pendant 8 heures un sommeil profond et calme.

Obs. IX. — Mme M... P..., 45 ans, à l'asile depuis 15 ans. Manie avec accès d'agitation, anémie. Pendant 2 jours, cette malade dont l'agitation est très considérable et se traduit par

(1) Mairet et Combemale, V. *Acad. des Sciences,* séance du 24 avril 1887.

*

une offensibilité extrême, prend 6 grammes de méthylal; les deux nuits qui suivent la prise se passent tranquilles et dans le sommeil.

Obs. X. — Mme P... C..., 30 ans, à l'asile depuis 4 ans. Manie avec surexcitation à prédominance d'idées de grandeurs. On donne à cette malade, qui parlotte beaucoup la nuit et trouble le repos du dortoir, pendant 3 jours consécutifs 5 grammes de méthylal. Le sommeil s'obtient vite et dure toute la nuit; au réveil l'agitation réapparaît.

Obs. XI. — Mlle V... Victoire, 65 ans, vient d'entrer à l'asile en état de manie avec agitation très intense. Pendant les 6 premiers jours qui ont suivi son entrée, cette malade a pris chaque soir 6 et 7 grammes de méthylal, sans qu'on ait pu obtenir plus d'une heure de sommeil.

Obs. XII. — M. N... Casimir, 35 ans. Manie avec agitation par accès. Il y a quelques jours à peine que M. N... a été repris par un violent accès d'agitation. Les nuits sont sans sommeil, cet homme crie, chante, tripote et s'agite beaucoup. A 2 jours de distance, 6 et 8 grammes de méthylal lui sont administrés sans succès, il n'y a pas de sommeil, mais il y a moins de tapage.

Obs. XIII. — Mme T... B..., 29 ans, à l'asile depuis un an. Manie d'origine puerpérale avec prédominance d'idées de tristesse et de crainte. Cette malade qui chante et danse la plus grande partie de la nuit, prend une première fois pendant 7 jours 4 et 5 grammes de méthylal. Le premier jour, elle dort toute la nuit, le second 6 heures seulement, les autres jours elle se réveille plusieurs fois mais se rendort bientôt. Après 4 jours de repos, on reprend pendant 7 autres jours l'administration du méthylal à 5 et 6 gr.; le calme est plus complet que la première fois et deux fois seulement on note des réveils passagers dans le courant de la nuit.

Obs. XIV. — Mlle D... Marie, 32 ans, à l'asile depuis 4 mois. Manie avec agitation intense. Pendant 6 jours 4 grammes de méthylal font dormir, une nuit excepté, cette malade dont le tapage nocturne est excessif. Une seconde fois pendant 6 autres jours, 5 grammes procurent le même bon sommeil, sauf pendant deux nuits où l'insomnie est complète. La malade mouille régulièrement son lit pendant ces 6 jours. A une troisième reprise, avec 5 gr. de méthylal elle dort bien ou ne parlotte un peu que sur le matin, la médication dure 6 jours. Une quatrième fois on donne 6 grammes de méthylal pendant 4 jours; deux nuits sont bonnes, mais les nuits intercalaires se passent sans sommeil : la malade ne se couche pas, crie, parle, se promène, déchire. Une cinquième fois, après un jour de repos, on administre 6 grammes de méthylal et pendant 10 jours consécutifs Mlle D... dort bien et longtemps.

Obs. XV. — Mme D... F..., 36 ans, à l'asile depuis 2 mois. Manie puerpérale. Une première fois pendant 6 jours on donne 4 grammes de méthylal contre le tapage et le besoin de mouvement que cette malade manifeste dans la nuit. Les deux premières nuits sont excellentes, et les autres elle se réveille par intervalles, mais se rendort presque aussitôt; le jour elle reste très agitée. Une seconde fois et pour la même agitation nocturne on administre 5 grammes de méthylal qui donnent des résultats incomplets et qu'on est obligé de porter à 7 grammes. A cette dose qui est administrée pendant trois jours, le calme et le sommeil sont complets et durent toute la nuit.

Obs. XVI. — Mlle D... Alexandrine, [illegible]6 ans, à l'asile depuis 27 ans. Manie rémittente avec accès d'agitation violente et durant plusieurs semaines. Pendant toute la nuit, elle parle et chante à haute voix. Pendant 3 jours on donne 6 grammes de méthylal, le sommeil arrive facilement et dure de 7 à 8 heures, après quoi la malade se réveille et reprend son agitation quotidienne. Trois semaines après, nouvelle administration de 6 grammes de méthylal pendant 8 jours consécutifs, nouveau succès semblable au premier.

Des observations qui précèdent se dégagent les points suivants : à la période de début des folies simples, le méthylal reste sans action hypnotique (obs. XI-XII) malgré qu'on élève les doses jusqu'à 7 et 8 grammes; à la période d'état pendant les poussées aiguës d'agitation, ce médicament administré aux doses de 5 à 6 grammes réussit au contraire assez régulièrement à procurer dans les premiers jours un sommeil qui dure toute la nuit. Ce sommeil continu dans la plupart des cas, est parfois interrompu pendant un quart d'heure ou une demi-heure, puis est repris jusqu'au matin. Ces résultats sont obtenus même lorsque l'agitation est intense, seulement au bout de 3 à 8 jours l'accoutumance se produit, il faut alors élever les doses, et sous l'influence de cette augmentation de la dose ou bien on obtient un sommeil continu pendant toute la nuit, ou bien un sommeil de cinq ou six heures seulement, ou bien un sommeil souvent interrompu. Toutefois, il suffit de laisser reposer la malade pendant deux ou trois jours pour que le méthylal réussisse à nouveau et complètement aux mêmes doses qu'au début.

B. *Démence simple.*

Obs. XVII. — Mlle R... Jeanne, 59 ans, à l'asile depuis 25 ans. Démence avec excitabilité consécutive à la manie. Pendant 4 jours consécutifs, cette malade sujette à de petits accès d'agitation nocturne, prend 5 grammes de méthylal sous l'influence desquels on obtient un bon sommeil durant toute la nuit.

Obs. XVIII. — Mlle M... Marie, 38 ans, à l'asile depuis 13 ans. Démence consécutive à des accès alternatifs de lypémanie et de manie, érotisme, offensibilité. Six jours durant, on donne à Mlle M... 6 grammes de méthylal qui lui procurent un excellent sommeil, alors que dans ses insomnies elle mettait en pièces ses effets et criait beaucoup.

Obs. XIX. — Mme H... B..., 54 ans, à l'asile depuis 11 ans. Démence avec excitabilité, incohérence, prédominance de conceptions ambitieuses, agitation très bruyante. Cette malade prend pendant 3 jours 6 grammes de méthylal. Les deux premières nuits, le succès est complet. La troisième, la malade ne cesse de crier; on porte alors pendant 2 jours la dose à 8 grammes, on obtient un sommeil qui dure toute la nuit.

Obs. XX. — Mme L... G..., 55 ans, à l'asile depuis 20 ans. Démence consécutive à la manie, avec prédominance de conceptions lypémaniaques, accès d'agitation intense. Comme cette malade criait beaucoup la nuit, on prescrit pendant 5 jours consécutifs 5 grammes de méthylal qui ont raison de l'agitation et procurent un bon sommeil qui dure toute la nuit.

Obs. XXI. — Mme V... A..., 43 ans, à l'asile depuis 4 ans. Démence entée sur une idiotie incomplète, agitation par excès. Pendant 7 jours on donne contre les récriminations nocturnes et continues de cette malade 6 grammes de méthylal. A part 2 nuits dans lesquelles Mme V... A... parlotte quelques minutes à deux reprises, un sommeil complet répond toujours à l'administration du médicament.

Obs. XXII. — Mme F... Mar..., 52 ans, à l'asile depuis 12 ans. Démence consécutive à la manie, accès d'agitation. Pendant 3 jours on administre 5 grammes de méthylal; les 2 premiers jours, sommeil. Le troisième, insomnie; on élève alors la dose à 7 grammes qu'on administre pendant 5 jours consécutifs; le sommeil est alors continu pendant toute la nuit.

Obs. XXIII. — Mlle M... Julie, 58 ans, à l'asile depuis 24 ans. Démence consécutive à la lypémanie avec persistance de perversions sensorielles de la vue. Pendant 3 jours, cette malade prend 5 grammes de méthylal; le tapage nocturne cède facilement à chaque administration et l'on a un bon sommeil.

Obs. XXIV. — Mme F... N..., 84 ans, à l'asile depuis 48 ans. Démence consécutive à la manie intermittente. Un et deux grammes restent sans résultats; à 3 grammes on obtient un peu de sommeil pendant quelques heures durant 3 jours.

Obs. XXV. — Mme P... C..., 39 ans, à l'asile depuis 9 ans. Démence avec agitation intense par accès. Pendant 4 jours 6 grammes de méthylal et pendant 6 autres jours consécutifs 8 grammes ne modifiant en rien l'agitation nocturne de cette malade, qui consiste en cris, promenades, tapage, etc. Il est

vrai de dire que cette malade est rebelle à la plupart des hypnotiques.

Obs. XXVI. — M. Ch... Anastase, 56 ans, à l'asile depuis 26 ans. Démence consécutive à la manie intermittente, accès d'agitation de plusieurs jours de durée. Une première fois ce malade prend pendant 5 jours 4 et 5 grammes de méthylal qui lui procurent un sommeil calme. Trois jours après, on redonne 5 grammes de méthylal et le malade dort; pendant 6 jours il en est encore ainsi, mais le malade qui mouillait son lit par intermittences, le mouille régulièrement pendant tout ce temps.

Obs. XXVII. — Mlle D... Césarine, 37 ans, à l'asile depuis 10 ans. Démence consécutive à la manie avec prédominance de conceptions ambitieuses. Pendant 6 jours 1 gramme de méthylal fait dormir cette malade, le septième jour elle parlotte une partie de la nuit; le huitième 3 grammes lui donnent le sommeil, mais le lendemain elle ne tire aucun profit du méthylal. Quelques semaines après, l'agitation ayant reparu, on prescrit 5 grammes de méthylal pendant 6 jours le sommeil est calme et bon.

Obs. XXVIII. — Mme P... D..., 55 ans, à l'asile depuis 8 ans. Agitation maniaque et démence consécutive. Détérioration physique, lésion cardiaque. Au milieu de l'un de ses accès que la digitale réussit ordinairement à calmer et à raccourcir, on donne pendant 3 jours 5 grammes de méthylal. Aucun effet hypnotique n'est produit.

Les 12 cas qui précèdent montrent que dans les insomnies liées à l'agitation chez les malades atteints de démence simple, les effets hypnotiques que produit le méthylal sont assez uniformément favorables, peu importe le degré d'agitation du malade pourvu que les doses soient suffisamment élevées et atteignent 5 à 8 grammes. Sur les 12 cas de cet ordre nous n'avons eu que deux insuccès (obs. XXV et XXVIII). Seulement comme pour la manie, l'accoutumance se produit, moins vite peut-être, et il faut augmenter les doses; dans ce cas, on obtient plus généralement que dans la manie simple un sommeil complet.

C. *Folie alcoolique.*

Obs. XXIX — M. D... Baptiste, 38 ans, à l'asile depuis 10 jours. Agitation maniaque avec idées de crainte et de persécution se rattachant à l'alcoolisme. Pendant 2 jours on donne 5 grammes de méthylal, le parlottage qui était intermittent devient continu, pas de sommeil.

Obs. XXX. — M. S... Célestin, 53 ans, à l'asile depuis un an. Agitation maniaque et idées de grandeur reconnaissant l'alcoolisme pour cause. Avec 5 grammes de méthylal, une première fois on obtient 6 heures de sommeil pendant 2 jours. A une seconde reprise, pendant 5 jours, on donne 6 grammes de méthylal qui sont sans effet un jour, tandis qu'ils procurent le sommeil un autre. L'effet réel est nul, car le malade a de ces alternatives de nuits d'insomnie et de calme.

Obs. XXXI. — M. V... Jules, 38 ans, à l'asile depuis 15 jours. Egarement et idées de peur avec perversions sensorielles de nature alcoolique. Phtisie pulmonaire. Pendant 4 jours 5 grammes de méthylal sont donnés à ce malade, qui dort assez irrégulièrement et mouille son lit. L'état général n'est pas influencé.

Dans les trois cas de folie alcoolique qui précèdent le méthylal administré aux doses de 5 à 6 grammes ou bien est resté sans effet (obs XXIX, XXX) ou bien n'a donné que des résultats aléatoires (obs. XXXI). Dans cette forme d'aliénation mentale l'emploi de cette substance ne nous paraît donc pas être de mise.

D. *Démence par athéromasie.*

Obs. XXXII. — Mme F... Lau..., 60 ans, à l'asile depuis 15 ans. Démence par athéromasie. Agitation par accès. A certaines périodes cette malade crie, parlotte, récite des prières à très haute voix pendant plusieurs nuits consécutives. Au début de l'un de ces accès on donne pendant quatre jours 4 grammes de méthylal, bon sommeil, pas de bruit.

Obs. XXXIII. — M. V... François, 76 ans, à l'asile depuis 10 mois. Démence avec idées de persécutions par athéromasie. Le malade, qui parlotte, récrimine, fait du tapage pendant toute la nuit, prend pendant 5 jours 5 grammes de méthylal; le sommeil qui survient sous l'influence du médicament est bon, complet, et de l'avis même du malade, tout naturel. Trois semaines après, on est obligé de prescrire à nouveau 6 grammes de méthylal: les 5 premiers jours le sommeil est relativement obtenu, le malade dort de 5 à 6 heures, mais pendant 6 autres jours on n'obtient qu'un sommeil de 3 à 4 heures.

Obs. XXXIV. — Mme L... Gal..., 64 ans, à l'asile depuis 31 ans. Démence avec illusions par athéromasie; accès d'agitation fréquente. Huit jours durant, une première fois, on donne du méthylal; 2 grammes pendant 2 jours procurent 5 à 6 heures de sommeil; 4 grammes ne triomphent pas mieux de l'agitation qui a augmenté.

A 8 jours d'intervalle, on redonne pendant 6 jours 3 grammes de méthylal; la malade dort tantôt 5 à 6 heures, tantôt la nuit entière. A une troisième reprise, on donne du méthylal pendant 15 jours; 6 grammes 3 jours durant donnent le sommeil mais un sommeil interrompu par du parlottage; avec 7 grammes donnés pendant 12 jours, la malade dort 5 à 6 heures ou bien se réveille à plusieurs reprises pour crier et tousser intentionnellement très fort mais se rendort bientôt.

Les trois observations de démence par athéromasie que nous venons de relater prouvent que le méthylal, même à des doses relativement faibles, 3, 4 et 5 grammes, donne lieu pendant les cinq ou six premiers jours à un sommeil continu et se prolongeant toute la nuit, mais au bout de ce temps le sommeil, comme dans les folies simples d'ailleurs, devient moins complet et ne dure que 5 à 6 heures même quand on augmente la dose.

E. *Démence paralytique.*

Obs. XXXV. — Mlle A... Virginie, 27 ans, à l'asile depuis 3 ans. Démence paralytique entée sur une idiotie incomplète. Six grammes de méthylal pendant 4 jours font cesser les cris que pousse la nuit cette malade arrivée à un degré de marasme avancé.

Obs. XXXVI. — M. G... Eugène, 47 ans, à l'asile depuis 2 ans. Démence avec signes de paralysie générale, excitation bruyante considérable. Ce malade, dont l'insomnie est complète et qui se promène, défait son lit, vide sa paillasse, parle, chante, crie toute la nuit, prend 5 grammes de méthylal une première fois et ne dort pas plus de 3 heures, à 8 grammes le lendemain et 3 autres jours il dort 3, 4 et 5 heures. Tous les autres hypnotiques n'avaient eu que des résultats peu précis.

Obs. XXXVII. — M. V... Guillaume, 37 ans, à l'asile depuis 18 mois. Démence avec paralysie. Pendant 6 jours 4 grammes de méthylal sont dirigés contre l'agitation nocturne de ce malade. On obtient le sommeil facilement, mais il y a toujours 5 heures après le coucher, un petit réveil de quelques minutes pendant lequel le malade parlotte sans se lever.

Obs. XXXVIII. — Mlle P... Victorine, 31 ans, à l'asile depuis 6 mois. Démence avec paralysie et accès d'agitation. Pendant 6 jours on donne du méthylal; au-dessous de 3 grammes on n'obtient que 2 ou 3 heures de sommeil; à 5 et 6 grammes, le sommeil est complet. Une seconde fois, pendant 4 jours, on donne 6 grammes, on n'obtient dans cette série que 5 heures de sommeil ou des réveils fréquents.

Obs. XXXIX. — M. M..., 42 ans, à l'asile depuis 3 ans. Démence avec symptômes paralytiformes et ataxie locomotrice. Le malade qui est réfractaire aux bromures et à la plupart des hypnotiques prend une première fois 6 grammes de méthylal pendant 3 jours et 3 grammes pendant 3 autres jours, le résultat est excellent, les nuits sont calmes, il n'y a plus de parlottage. Après un jour de repos pendant lequel l'insomnie est complète, on administre de nouveau pendant 2 jours 4 gram-

mes de méthylal ; consécutivement un sommeil souvent interrompu se produit, on donne alors 6 grammes et pendant 6 jours le sommeil est bon et dure toute la nuit.

Obs. XL. — M C... Jules, 37 ans, à l'asile depuis 9 mois. Démence paralytique de nature syphilitique. Huit jours durant on donne à ce malade 7 grammes de méthylal, qui restent sans effet aucun ; le malade monologue suivant sa coutume pendant toute la nuit.

Obs. XLI. — Mlle H.., Dominiquette, 43 ans, à l'asile depuis 10 mois. Démence avec symptômes de paralysie générale et prédominance d'idées de richesse. Deux grammes et trois grammes de méthylal, une première fois pendant 7 jours, ont des effets hypnotiques inconstants. A une seconde reprise, 5 grammes pendant 7 jours ont raison de la loquacité de cette malade qui dort toute la nuit. Une troisième fois, 6 grammes pendant 5 jours produisent les mêmes bons effets. Une quatrième fois, 5 grammes pendant 2 jours procurent également le sommeil. Enfin, à une cinquième reprise, 5 grammes pendant 7 jours produisent également un bon sommeil.

Les sept malades qui font le sujet des observations ci-dessus de démence paralytique étaient arrivés à des degrés différents de la maladie ; ils étaient soit à la période d'état, soit à la période de déclin. Ces différences de degré n'ont eu aucune influence sur les effets produits par le méthylal. Ces effets ont été d'une manière générale très satisfaisants lorsque les doses de ce médicament ont été portées entre 5 et 8 grammes. Dans ces cas, le plus souvent le sommeil était complet pendant toute la nuit, parfois il n'a duré que 5 ou 6 heures et deux fois seulement 3 à 4 heures ; lorsque les doses étaient inférieures à 5 grammes le sommeil était interrompu puis repris après quelques moments d'agitation et on constatait ainsi plusieurs fois dans le cours d'une même nuit des alternatives de sommeil et d'agitation. Chez un seul malade syphilitique (obs. XL) l'insuccès a été complet malgré la dose élevée de méthylal (7 gr.). Il ne semble pas y avoir d'accoutumance, ou tout au moins elle est plus longue à se montrer que dans les folies simples, car nous avons pu administrer sans insuccès le méthylal pendant huit jours de suite.

En résumé, sans effet hypnotique dans la folie alcoolique et dans la période de début des folies simples, le méthylal réussit au contraire assez généralement dans la période d'état de ces folies simples, dans les insomnies liées à la démence simple, à la démence par athéromasie et à la démence paralytique. Les doses nécessaires pour produire le sommeil doivent varier entre 5 et 8 grammes, ce n'est que dans les cas de démence par athéromasie que nous avons obtenu des résultats favorables avec des doses inférieures à 5 grammes. Mais, dans tous les cas l'accoutumance se produit assez rapidement, 5 à 6 jours suffisent pour cela, et alors, même lorsqu'on augmente les doses, le sommeil est moins continu et moins prolongé que dans les premiers jours ; toutefois cette accoutumance se produit moins vite dans les aliénations mentales par lésion organique que dans les folies simples. Pour réobtenir les mêmes bons effets du début, il faut cesser l'administration du médicament pendant 2 ou 3 jours et ce temps de repos suffit pour rendre au système nerveux toute sa sensibilité à l'action hypnotique du méthylal. Ajoutons encore ce fait important, c'est que le méthylal n'a qu'une action exclusivement somnifère. Son impression sur le cerveau est évidemment passagère, il ne produit aucune dépression : au réveil, l'agitation est aussi intense que la veille ; et quoique nous ayons prolongé l'emploi de ce médicament pendant quinze jours consécutifs, nous n'avons remarqué ni du côté de la nutrition générale ni du côté des différentes fonctions, ni du côté du système nerveux aucun trouble qui pût nous obliger à cesser son emploi. Nos recherches cliniques viennent donc corroborer les résultats que nous ont fournis nos expériences physiologiques : le méthylal est un hypnotique, et ce médicament, par son innocuité (1), son facile maniement et son goût qui le fait accepter avec plaisir par les malades nous semble devoir trouver sa place en aliénation mentale parmi les agents de la médication hypnotique. Dans un travail ultérieur nous comparerons les différents hypnotiques les plus généralement employés ou nouvellement introduits dans le domaine thérapeutique et nous assignerons alors d'une manière exacte la place que nos recherches attribuent au méthylal parmi ces substances.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La prophylaxie de la rougeole.

Le Conseil municipal de Paris, ému à juste titre des ravages que font dans la population parisienne les maladies contagieuses, a cherché les moyens d'enrayer la propagation de ces maladies, et après des études prolongées et plusieurs séances de discussion, vient de formuler une série de mesures dont l'exposé succinct a été fait dans le dernier numéro du *Progrès médical* par mon distingué collègue M. Comby. Avec lui, j'applaudis à l'idée qui a inspiré ce projet, et je serais heureux de voir enfin mettre à exécution les réformes que réclament depuis si longtemps (et vainement jusqu'à ces dernières années) les médecins des hôpitaux d'enfants. Malheureusement en pareille matière le résultat n'est pas facile à atteindre, lorsqu'il s'agit de faire concorder ensemble les données positives de la science, les résistances des malades et de leurs familles, ou tout au moins les difficultés que présente (même sans aucun mauvais vouloir) la pratique de l'isolement, et aussi, il faut bien le dire, la nécessité de l'équilibre budgétaire. Il ne faut donc pas être trop exigeant et vouloir du premier coup arriver à la perfection, mais il faut du moins tâcher de s'en approcher le plus possible. Or il me semble que sur quelques points et, en particulier, pour ce qui concerne la rougeole, les conclusions adoptées ne répondent pas au but que l'on cherche à atteindre, et j'avoue que ce n'est pas sans surprise que je les ai vu défendre par M. Chautemps, dont le rapport très étudié me faisait espérer une autre solution.

Un séjour de deux ans et demi à l'hospice des Enfants-Assistés m'a fourni malheureusement trop souvent l'occasion d'étudier la rougeole pour que je n'aie pas sur ce sujet quelque compétence et je crois de mon devoir de déclarer que, pour cette maladie, le projet adopté me paraît faire *trop* et *trop peu*.

Les notions relatives à la propagation de la rougeole sont maintenant assez précises et ressortent des observations de Panum et d'autres auteurs pour la plupart

(1) Le plus grand inconvénient du méthylal est son prix ; toutefois cet inconvénient n'existera bientôt plus si le méthylal entre définitivement dans le domaine thérapeutique. En effet, tandis qu'au début de nos recherches cette substance coûtait 0 fr. 40 le gramme, elle nous est offerte actuellement à 0 fr. 23 par les mêmes fabricants. Cette baisse de prix se comprend, étant donnée la faible valeur des matières premières nécessaires à la fabrication du méthylal.

cités dans le rapport de M. Chautemps. J'ai moi-même contribué à cette étude par un travail publié dans la *Revue des maladies de l'enfance* (1), et dont voici quelques conclusions qui résument les notions essentielles au point de vue de la prophylaxie :

« La rougeole est contagieuse pendant la période d'invasion (2) et dès le début des prodromes, elle est encore contagieuse pendant l'éruption, mais cesse de l'être dès que celle-ci est terminée. La contagion de la rougeole se produit à la suite d'un contact plus ou moins prolongé, le plus souvent médiat, mais à faible distance, avec un enfant atteint de rougeole à la période d'invasion ou d'éruption. La contagion par une personne étrangère, la contagion d'une salle à l'autre est douteuse, et en tout cas très exceptionnelle. »

Je crois inutile de revenir sur les faits qui ont permis de formuler ces propositions, et je me bornerai à signaler quelques points plus spécialement contestés. Au cours de la discussion qui a eu lieu au Conseil municipal, plusieurs membres du Conseil ont mis en avant la possibilité de la contagion par le personnel qui soigne les enfants atteints de rougeole ; ils pouvaient d'ailleurs, à ce sujet, invoquer une autorité imposante, celle de M. Brouardel, qui adopte cette opinion. Elle a été, par contre, vivement combattue par M. Peyron qui, dans toute cette discussion, a montré qu'avant d'être Directeur de l'Assistance publique il avait été médecin et qu'il avait su depuis se tenir au courant des progrès de la science. Je partage absolument, sous ce rapport, l'avis de M. Peyron, et sans nier que le fait de la contagion par une tierce personne soit absolument impossible, je crois qu'il est au moins extrêmement rare. Je pourrais rappeler, comme je l'ai dit dans le travail cité plus haut, que malgré le nombre considérable de rougeoles que je vois journellement (12 à 15 en général, ou même plus encore aux Enfants-Assistés) je n'ai jamais apporté la rougeole ni à mes enfants ni à d'autres. Mais il y a mieux encore : A l'hospice des Enfants-Assistés, les pavillons d'isolement (indépendamment de celui de la diphthérie) sont au nombre de 4 et occupés soit par la rougeole (un ou deux), soit par la scarlatine, la coqueluche ou la varicelle (suivant les nécessités du moment). Ces pavillons sont séparés par un espace de quelques mètres, et les infirmières attachées à chaque pavillon doivent *théoriquement* rester confinées chacune dans leur salle, mais je suis bien persuadé qu'elles n'y restent pas ; en outre, la direction des pavillons est confiée à une surveillante et à sa suppléante qui vont de l'un à l'autre. Il résulte de tout cela et de quelques autres conditions une promiscuité très défavorable à l'isolement vrai. Malgré tout, alors qu'il y avait en même temps 20 enfants atteints de rougeole, et à côté, d'autres atteints de scarlatine ou de coqueluche, je ne crois pas qu'il y ait eu un seul cas intérieur de rougeole dont le développement puisse être attribué au personnel et au linge. Depuis le 1er janvier en particulier, j'ai examiné scrupuleusement, disséqué en quelque sorte, au point de vue étiologique, chaque cas de rougeole, et toujours en remontant à l'époque de la contagion probable, calculée d'après la durée aujourd'hui bien connue de l'incubation, j'ai constaté que l'enfant avait apporté sa rougeole du dehors ou s'était trouvé en contact avec un enfant atteint de rougeole ou en puissance de rougeole. Le seul cas sur lequel je n'aie pu avoir de certitude est celui d'une nourrice qui prit la rougeole sans qu'il y en eût dans sa salle, mais je ne suis pas convaincu malgré ses dénégations, qu'elle ne soit pas allée à un moment donné dans une autre salle et peut être même dans le pavillon des rougeoles.

D'après ce qui précède, il est bien évident aussi qu'on ne peut, comme l'a fait M. Lagneau dans un rapport souvent cité, attribuer à l'hospice des Enfants-Assistés la grande proportion de rougeoles qui ont été observées dans le quartier du Mont-Parnasse. La statistique est une belle chose, mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner. La rue Auber est peut-être de toutes les rues de Paris celle dans laquelle on voit tomber le plus grand nombre de chevaux ; un observateur attentif se gardera bien d'attribuer ce résultat au voisinage de l'Opéra, mais se demandera s'il ne tient pas à la nature du sol de cette rue, à la grande circulation qui s'y fait, etc. De même pour la rougeole, il ne faut pas se contenter d'assertions vagues, mais il faut serrer la question de plus près. Comme l'a très bien dit M. Peyron, « la situation actuelle est assez triste pour que nous ne la chargions pas encore d'effets dont elle n'est pas coupable. »

J'ai dit plus haut qu'en demandant pour la rougeole la création d'un petit hôpital extra-muros on faisait *trop* et *trop peu*. Je m'explique : Avec M. Peyron, avec M. Navarre, avec M. Desprès (qu'il est assez piquant de trouver dans un accord aussi parfait) je crois, en effet, que la construction d'un hôpital pour les rubéoleux n'est pas complètement justifiée. Sans aucun doute il faut isoler les enfants atteints de rougeole, il faut leur consacrer dans chaque hôpital, non pas une salle distincte, mais un pavillon isolé (et les conditions de cet isolement sont faciles à remplir) ; il faut surtout séparer des autres malades non pas seulement les enfants atteints de rougeole confirmée, mais aussi tous ceux qui sont suspects et sont encore à la période prodromique. Ces derniers sont en effet plus dangereux, d'abord parce que chez eux le contage est peut-être plus actif, et aussi parce qu'on ne se méfie pas encore d'eux. Lorsqu'on aura fait cela, on aura fait pour prévenir les cas intérieurs tout ce qu'on peut faire (1).

Ainsi donc : Hôpital extra-muros, pavillon d'isolement dans un hôpital, c'est tout un, avec cette diférence cependant, que la première solution est beaucoup plus compliquée. Mais cela ne saurait suffire : On aura bien pu, de la sorte, prévenir les cas intérieurs, on n'aura diminué que dans une proportion très faible les cas de rougeole dans Paris. Ce qu'il faut, c'est poursuivre la rougeole avant l'entrée à l'hôpital, alors qu'on ne s'en méfie pas encore et qu'elle est cependant au moins aussi contagieuse qu'elle le sera plus tard. Sans doute la

(1) Sur la durée de l'incubation et de la contagion de la rougeole. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Juillet 1886.

(2) Je serai même encore plus affirmatif aujourd'hui, et je dirai : « La rougeole est surtout contagieuse pendant la période d'invasion..... »

(1) J'excepte l'Hospice des Enfants-Assistés sur lequel je reviendrai plus loin.

chose est difficile, mais elle n'est pas impossible, et je suis persuadé qu'avec une surveillance rigoureuse, on arriverait à des résultats très importants. La *loi des suspects*, voilà ce qu'on doit avoir présent à l'esprit dans les écoles, dans les consultations et les dispensaires, dans les jardins publics, dans toutes les conditions où les enfants peuvent se trouver réunis. Le 11 janvier au collège Chaptal dont je suis médecin, un enfant était pris de rougeole, qu'il avait contractée en allant dans sa famille à Saint-Denis pendant les vacances du jour de l'an; persuadé qu'il avait déjà semé la rougeole autour de lui, dans les jours précédents, je chargeai l'interne du collège de tenir en observation pendant quinze jours tous ceux des élèves qui soit en classe, soit au dortoir, etc., avaient pu se trouver en contact avec le malade; une douzaine d'entre eux ayant présenté quelques symptômes qui *pouvaient* se rapporter à la rougeole furent isolés et surveillés pendant quelques jours : trois internes furent atteints de rougeole, les autres en furent quittes pour quelques jours d'infirmerie, il y eut aussi quelques externes de renvoyés dans leurs familles, mais l'épidémie se borna là, et depuis il n'y en eut plus un seul cas. Il en eut certainement été tout autrement si on avait laissé les suspects à la libre circulation.

Pour les collèges et les écoles qui ont un médecin attitré, la chose est simple, et demande seulement une surveillance rigoureuse à la moindre alerte. Les maîtres devront d'ailleurs être instruits de l'importance qu'il y a à signaler tous les suspects. Dans les écoles où il n'y a pas de médecin, qu'on en désigne un qui viendra chaque matin faire une inspection sommaire. La dépense sera minime, et d'ailleurs les résultats qu'on peut attendre de ces visites *régulières* sont assez importants pour qu'on s'y décide.

Dans les consultations des hôpitaux et les dispensaires, il faut, comme on l'a déjà proposé du reste, examiner à part, et autant que possible dès leur arrivée, tous les suspects. Il y aura bien quelques lacunes, quelques imperfections, mais ce sera en tout cas mieux que ce qui existe actuellement. Enfin pour les jardins publics, les théâtres en plein vent, etc., il faut prévenir les mères du danger que courent leurs enfants à se trouver dans les agglomérations. Le même danger (sans parler d'autres encore) se trouve d'ailleurs dans les bals d'enfants, les théâtres, les matinées, etc., toutes réunions que l'on doit éviter autant que possible.

Je dois maintenant revenir sur la prophylaxie de la rougeole aux Enfants-Assistés. Les choses sont beaucoup plus complexes, au moins avec l'organisation actuelle de cet établissement, mais au risque de paraître émettre une opinion paradoxale, je suis persuadé que l'on pourra diminuer le nombre des cas de rougeole dans une proportion de 75 à 80 0/0, quand... on aura de l'argent pour cela. (J'aurais dit volontiers, quand on le voudra.) On sait que cet hospice reçoit non seulement les enfants abandonnés, lesquels sont généralement âgés de quelques jours ou de quelques semaines, et, après un court séjour, sont confiés à des nourrices en province, mais aussi des enfants plus âgés, qui restent en dépôt pendant que leur mère est elle-même à l'hôpital. Si parmi eux se trouve un enfant en puissance de rougeole, il donnera inévitablement la rougeole à un certain nombre de ses voisins, puis ceux-là la donneront à d'autres et ainsi de suite.

Or, si l'on réfléchit à ce fait que le nombre des enfants en dépôt (sans tenir compte des abandonnés) qui passent ainsi à l'hospice dans le cours d'une année, n'est guère moindre de 5000, on verra combien il doit arriver souvent que des enfants apportent avec eux le germe de la rougeole, et l'on comprendra aussi combien malgré une surveillance attentive, il est difficile d'éviter la contagion dans une population qui se renouvelle sans cesse et qui, de plus, est surtout constituée par des enfants de 2 à 5 ou 6 ans, chez lesquels l'observation est particulièrement délicate et difficile. A l'instigation de Parrot, l'administration avait installé à Thiais un petit établissement dans lequel étaient dès le lendemain de leur arrivée, envoyés les enfants de 2 à 5 ans, que l'on espérait ainsi soustraire à la contagion. La rougeole continua quand même, les enfants la prenant à Thiais comme ils la prenaient auparavant à la rue Denfert. Ce qu'il faut, c'est éviter de mettre en contact avec les enfants bien portants, des enfants en puissance de rougeole, et pour cela, il n'y a qu'un moyen : tenir en observation les nouveaux arrivants pendant un temps suffisamment prolongé, pour qu'il soit permis d'affirmer qu'ils n'ont pas déjà reçu au dehors le contage de la rougeole, et ne les admettre dans les divisions qu'après ce temps écoulé. Ce vœu a déjà reçu un commencement d'exécution et, depuis l'année dernière, (juin 1886) il existe un lazaret, mais qui ne donne que des résultats très incomplets. Ce lazaret est trop petit, mal situé, mal organisé, et pourvu d'un personnel insuffisant. Les enfants devraient être tenus en observation pendant 14 ou au moins 12 jours, cela est possible quelquefois, mais presque toujours, en raison de l'encombrement, il faut se borner à une période d'observation de 6 ou 8 jours, ce qui est absolument insuffisant.

Le lazaret se compose de 4 salles, dans chacune desquelles les enfants devraient rester cantonnés, mais en réalité, ils sont toujours ensemble : deux de ces salles sont d'ailleurs très chaudes en été, glaciales en hiver, et l'on comprend jusqu'à un certain point que les enfants ne puissent y rester toute la journée renfermés.

Le lazaret actuel ne rend donc que peu de service et n'est guère qu'un trompe-l'œil. Mais je suis convaincu qu'avec un lazaret bien organisé, on réduirait dans des proportions considérables la rougeole, cette peste des Enfants assistés. Il faudrait pour cela une dizaine de petites salles, contenant chacune 6 à 8 lits, salles isolées les unes des autres, et pourvues chacune d'une infirmière. Si un cas de rougeole se produisait dans l'une de ces salles, il serait vite reconnu et isolé, car la surveillance réduite à 6 ou 8 enfants est autrement facile que lorsqu'elle en embrasse un grand nombre, et s'il y avait une contagion ultérieure, elle serait en tout cas très réduite. Et comme d'autre part les divisions, la salle des sevrés, le dépôt de Thiais ne recevraient plus d'enfants susceptibles de donner la rougeole, on ne verrait plus ces épidémies interminables qui persistent encore aujourd'hui malgré l'installation d'un pavillon d'isolement.

A. Sevestre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. CHAUVEAU poursuit, en collaboration avec M. KAUFMANN, ses recherches sur les *relations qui existent entre le travail chimique et le travail mécanique du tissu musculaire.* Un muscle (le releveur de la lèvre supérieure du cheval), mis par la section de son tendon terminal dans l'impossibilité de faire aucun travail mécanique utile, continue à se contracter régulièrement avec les autres organes musculaires auxquels il est lié synergiquement pendant toute la durée des actes physiologiques à l'exécution desquels le groupe musculaire est préposé. Aussi longtemps que dure ce fonctionnement stérile, l'organe continue à être le siège du surcroît considérable de travail chimique dont la mise en activité des muscles provoque immédiatement l'apparition. Le coefficient de l'activité circulatoire et respiratoire du tissu musculaire ne paraît pas, en effet, éprouver de diminution bien sensible dans les muscles qui se contractent à vide. Un faible surcroît d'échauffement compense, du reste, ou tend à compenser, dans le muscle à tendon coupé, le travail mécanique supprimé. Donc, si la suppression de l'utilisation mécanique de la contraction musculaire n'amoindrit pas sensiblement l'accroissement vraiment considérable du travail chimique accompagnant cette contraction, il faut conclure que ce travail chimique est nécessaire à l'accomplissement même du raccourcissement musculaire, qu'il produise au nom du travail mécanique extérieur. Par conséquent, dans le muscle, machine vivante, comme dans la machine à feu ordinaire, la majeure partie de l'énergie résultant du travail chimique serait dépensée à la préparation de la mise en tension de l'appareil de mouvement.

M. BERGEON étudie l'*action physiologique des lavements gazeux.* L'élimination de l'acide carbonique introduit par le rectum se fait par le poumon. Cet acide carbonique paraît jouer dans la respiration un rôle analogue à celui de l'eau dans l'urine : il s'imprègne, en traversant nos tissus, des produits d'excrétion dont il doit débarrasser l'économie. Le lavement gazeux produit un véritable lavage du sang et des organes de la respiration ; mais il n'agit ainsi que si l'acide carbonique est bien pur.

M. VERNEUIL est élu membre de l'Académie des sciences par 47 suffrages. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

MM. CHOUPPE et PINET continuant leurs expériences sur l'empoisonnement chronique par la strychnine disent que pour amener la mort par injection intra-veineuse il faut une dose de 240 à 250 milliémes de milligrammes par kilogramme d'animal. Les conditions individuelles, l'âge et l'espèce ne joueraient qu'un rôle secondaire.

M. FAURE a fait dans le service de M. Deny, à l'hospice de Bicêtre, des recherches sur l'*acétanilide dans le traitement de l'épilepsie.* Cinq malades ont absorbé pendant 2 mois 1/2 une dose journalière variant entre 1 gr. et 2 gr. 75. Bien que le médicament ait été bien supporté, les résultats curatifs ont été nuls.

M. MALASSEZ a étudié le *gubernaculum dentis.* Il a constaté que les dents de lait sont renfermées dans une loge osseuse munies d un conduit renfermant le gubernaculum. Ce conduit s'ouvre sur le rebord alvéolaire. Le gubernaculum est formé de fibres longitudinales au milieu desquelles se trouvent des amas épithéliaux. Lorsque la dent émerge, elle se trouve donc entourée de tissu fibreux et de cellules épithéliales et c'est justement la dégénérescence kystique de cet épithélium qui produit les kystes para-dentaires.

MM. CHARRIN et ROGER ont étudié au laboratoire de M. Bouchard les effets que détermine chez le chien l'inoculation sous-cutanée du vibrion septique. Ce microbe produit une lésion locale qui, contrairement à ce qu'on observe chez le lapin et le cobaye, n'entraîne pas la mort do l'animal en expérience. Les auteurs insistent surtout sur ce fait qu'une première atteinte confère généralement l'immunité ; sauf dans un cas, en effet, les chiens sont devenus réfractaires à une deuxième inoculation.

M. CHAUVEAU constate que ces résultats sont de tous points analogues à ceux qu'il a obtenus avec le microbe de la septicémie gangréneuse, lequel est analogue au vibrion septique.

M. REGNARD continuant ses recherches sur l'influence des hautes pressions sur les tissus, en est arrivé aux conclusions suivantes en ce qui regarde le tissu nerveux. La myéline du tube nerveux est repoussée à la périphérie, la partie voisine de ce traitement est remplie d'un liquide séreux. A partir de 400 atmosphères la conductibilité nerveuse est abolie.

M. GALIPPE, expérimentant sur divers végétaux de la plaine de Gennevilliers, a recherché s'il existait des microbes à l'intérieur des plantes. L'examen direct, fait avec toutes les précautions usitées en pareil cas, l'ensemencement positif de tubes contenant divers bouillons de culture, lui permettent de conclure qu'il existe très fréquemment des micro-organismes à l'intérieur des végétaux ; quelques-uns mêmes, ceux de la laitue, du poireau, sont chromogènes. L'auteur se contente de signaler ce fait ; il n'a étudié ni la morphologie, ni la physiologie de ces microbes.

M. DUCLAUX constate que ces recherches vont à l'encontre de l'opinion généralement admise, qu'il n'existe pas de micro-organismes à l'intérieur des tissus végétaux, à moins que ces microbes ne soient venus du dehors. M. Galippe a-t-il bien pris toutes les précautions pour éviter les causes de contact nées de l'air au moment précis de l'ensemencement des tubes ? Quelle a été la proportion des tubes fertiles ? Enfin, il est indispensable d'étudier la biologie de ces micro-organismes avant de conclure.

M. GALIPPE répond que ses expériences tendent à démontrer qu'il ne faut pas nier la présence des micro-organismes dans les plantes ; la proportion des tubes fertiles a été très considérable ; s'il n'a pas étudié la biologie de ces microbes, c'est que cela l'entraînait trop loin de ses études ordinaires.

M. RETTERER a étudié le tissu érectile dans les organes copulateurs des fœtus humains et chez divers animaux à l'état embryonnaire. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

Election de deux membres correspondants nationaux. — Première élection : Votants, 43 ; majorité, 22. Au premier tour de scrutin, M. GIBERT du Havre est élu par 37 voix, contre M. Barallier (de Toulon), 4 voix : bulletins blancs.— 2. Deuxième élection : Votants, 46 ; majorité, 24. Au premier tour de scrutin. M. RIEMBAULT (de Saint-Etienne) est élu par 38 voix, contre M. Poincarré (de Nancy), 4 voix ; M. Barallier, 3; M. Mordret (du Mans), 1.

M. BROUARDEL lit, au nom de MM Ogier et Minorici, un travail sur les *ptomaïnes au point de vue des causes d'erreur dans les recherches toxicologiques.* La purification complète des résidus cadavériques, la séparation des ptomaines et des bases végétales est, pour les recherches toxicologiques, un problème de la plus haute importance, dont la solution est encore à trouver.

M. LE DENTU présente un instrument destiné à inciser les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Cet instrument est fondé sur le principe de l'uréthrotomie de Maisonneuve. Six lames de calibres différents peuvent être introduites dans les rainures de l'instrument et permettent d'obtenir des incisions variant entre 12 et 21 millimètres. M. Le Dentu cite une observation qui est le premier cas d'application clinique des lames graduées.

M. Peter fait une communication sur le *surmenage intellectuel et la sédentarité des écoles*. M. Peter s'efforce de démontrer que les travaux intellectuels excessifs, exclusifs, placent les adultes dans des conditions favorables pour contracter la tuberculose et la fièvre typhoïde. Ces conditions sont malheureusement trop souvent réalisées aujourd'hui, par le fait même des programmes scolaires imposés. Dans l'hygiène scolaire, on n'a pas assez tenu compte des besoins impérieux et tout matériels de l'organisme. Il faut réformer cette hygiène. La jeunesse française, comme l'enfance, a besoin d'une loi Roussel. A l'Académie de médecine d'avertir, aux pouvoirs publics d'aviser.

M. Corlieu (de Paris) lit un travail sur les jetons des doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Paris.

L'Académie se constitue *en comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Vallin, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale, sont présentés : en première ligne, M. Aug. Ollivier; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Magnan et Motet; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Napias, Laugier et Riant. A. J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 juin 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. le Président fait un discours consacré à la biographie et à l'exposé des travaux de Liouville.

M. Bucquoy présente un travail sur l'*ulcère du duodenum.*

M. Brissaud en son nom et en celui de M. Gilbert communique trois observations de *tuberculose verruqueuse de la peau.* Dans un cas, il y eut, à la suite d'un traumatisme, une exulcération qui devint tuberculeuse ; quatre ans après, le malade devenait phtisique. Chez l'autre malade la lésion cutanée fut précédée d'une altération osseuse grave de nature tuberculeuse. Enfin le troisième que présente M. Brissaud est un phtisique avancé qui, à la suite d'une brûlure de l'avant-bras, a présenté des ulcérations épidermiques croûteuses, le derme était à nu sous les croûtes, mais montrant une surface irrégulière, hérissée de papilles hypertrophiées et saignant facilement ; quelques rares bacilles tuberculeux.

M. Gaucher a observé une lésion analogue chez un blanchisseur, qui a dû s'inoculer directement par piqure.

M. Vidal croit que la lésion du malade de Brissaud est d'origine syphilitique, mais a revêtu cet aspect parce que le sujet est tuberculeux. L'hypertrophie papillaire sur laquelle insiste le présentateur est un phénomène commun à beaucoup de lésions, on la trouve : dans le psoriasis et l'eczéma anciens, dans les tubercules cutanés anciens ; mais dans ce dernier cas on peut, par la pression, faire sourdre du pus entre chaque papille.

Cette lésion, M. Vidal la dénomme avec Virchow *pachydermie papillaire.*

M. Vidal lit un long et pratique mémoire sur le traitement de la syphilis. Deux médicaments sont les spécifiques de la maladie : le mercure et l'iodure de potassium. Il est difficile d'indiquer exactement d'avance la durée et les phases des deux médications. Les mercuriaux devront être généralement administrés au début, dès que le chancre apparaît et a pu être nettement diagnostiqué. De plus, le mercure convient aux lésions plastiques sans ulcérations, tandis que l'iode doit être plutôt prescrit lorsqu'il y a tendance à la fonte ulcéreuse. Très bon dans certains cas, le mercure est pourtant absolument contre-indiqué lorsqu'il existe du phagédénisme, lorsque le sujet est affaibli, scrofuleux ou âgé, M. Vidal a employé quelquefois les injections en peptonates ammoniques mercuriques, surtout dans les lésions oculaires ou linguales d'origine syphilitique ; il n'a pas employé les injections de Scarenzio. La friction d'onguent mercuriel est un excellent mode de traitement que M. Vidal formule ainsi : Onguent mercuriel 60 gr.; baume du Pérou 4 gr. Faire une friction chaque jour avec quatre grammes sur les mollets, savonnés au préalable, puis recouvrir de flanelle. On peut ainsi continuer pendant deux mois, si besoin est, à condition de bien soigner les dents et de les laver après les repas et le soir en se servant de la poudre suivante : poudre de ratanhia 5 gr.; poudre de quinquina rouge 15 gr. Pour le traitement interne, M. Vidal emploie la liqueur de Van Swieten ou bien des pilules de Dupuytren modifiées au point de vue des doses de la façon suivante : bichlorure d'hydrargyre 1 centigr.; extr. thébaïque 1 centigr.; mie de pain q. s. Une pilule matin et soir. Chez les enfants à la mamelle on se trouve bien de l'emploi des frictions sur le ventre à la dose d'un gramme par jour. A ceux qui ont plus de deux ans on administrera la liqueur de Van Swieten dans du lait. Durant la période secondaire, dans le cours de la seconde année et contre les syphilides de transition circinées et turberculo-squameuses, on se trouve bien de l'emploi du sirop de Gibert, ainsi modifié par l'auteur afin qu'il soit mieux supporté : biodure de mercure 15 centigr.; iodure de potassium 15 gr.; eau distillée 50 gr.; sirop de quinquina 450 gr. Ne pas filtrer. Deux cuillerées à bouche par jour. Le traitement ioduré est surtout utile à la fin de la maladie ; il réussit mieux que le mercure contre la céphalée, les névralgies, etc. Il doit être associé aux frictions à la dose de 4 à 6 gr. dans les cas de syphilis cérébrale. Il faut, en général, le prescrire à la dose de deux à quatre grammes par jour dans une assez grande quantité de liquide. On pourra, s'il n'est pas toléré par l'estomac, l'administrer en lavements additionnés de quelques gouttes de laudanum. Dans des cas d'intolérance complète, le sirop indiqué plus haut a pu être supporté. L'administration de l'iodure devra être suspendue lorsqu'il se produit quelques-uns des accidents graves de l'iodisme. On devra s'en abstenir dans les lésions oculaires et dans les dyspnées symptomatiques des ulcérations laryngées syphilitiques.

M. Huchard a étudié histologiquement la sclérose du myocarde consécutive à la sténose des coronaires dans trois cas. Dans le muscle cardiaque il y a prolifération conjonctive, remplaçant en beaucoup de points les faisceaux musculaires. L'auteur reconnaît trois formes : 1° La sclérose dystrophique consécutive à l'endartérite oblitérante des coronaires ; dans ce cas, la sclérose va de la périphérie au centre du territoire oblitéré ; 2° la sclérose inflammatoire, suite de préiartérite, la sclérose propagée le long de l'artériole, marche du centre à la périphérie des points atteints ; 3° enfin la sclérose mixte procède de sdeux autres formes dans son évolution, elle est donc diffuse. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juin 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Verneuil a retrouvé dans ses notes trois autres observations de *blessure pénétrante du crâne par balles de revolver.* 1er *cas :* Balle de petit calibre qui pénétra dans le crâne au milieu du front.— 2e *cas* : Coup de revolver derrière l'oreille, dans la rainure digastrique. Antisepsie de la plaie ; en détachant le pavillon de l'oreille, on vit qu'il n'y avait pas d'esquilles à extraire et que le conduit auditif externe était perforé. — — 3e *cas* : Un paralytique général se tira deux coups de revolver dans le front ; la plaie se cicatrise. Mais plus tard méningo-encéphalocèle directement sous la peau qui la protège d'abord, mais qui se perfore bientôt. Méningo-encéphalite. En somme, il a vécu 3 mois avec 2 balles dans le cerveau.

M. Monod a vu 3 cas analogues. 1er *cas* : Coup de revolver en plein œil gauche et l'œil saute. Accidents cérébraux, aphasie transitoire. Guérison. La balle est certainement dans le crâne. — 2e *cas* : Balle pénétrant dans le crâne au niveau de la tempe, accidents cérébraux. Mort. — 3e *cas* : Balle de revolver pénétrant par la tempe ; issue de matière cérébrale sans accidents cérébraux immédiats. Guérison. En somme, dans 2 cas, guérison. Ces faits plaident en faveur des idées de M. Verneuil.

M. Horteloup fait un très intéressant rapport sur le travail de M. Bazy, relatif à la façon de *traiter les abcès de la fosse ischiorectale* et *préconisant la méthode de Foubert.* Voici les 2 cas de M. Bazy. 1er *cas* : abcès de la fosse ischiorectale gauche, incision de Foubert de 2cm, pus à odeur caractéristique, drainage. C'est un cocher qui actuellement va très bien. — 2e *cas* : H., alcoolique, 55 ans. Abcès analogue à droite. Etat général mauvais. Même incision. Guérison. M. Horteloup

rappelle, à propos de ce travail, l'ancienne discussion qui a eu lieu pour savoir comment il fallait traiter ces abcès. Faut-il employer la méthode de Foubert ou celle de Faget ? M. Horteloup démontre d'abord que c'est Saviard qui a sinon inventé, du moins décrit la méthode dite de Foubert et que d'autre part bien des chirurgiens l'employaient déjà avant lui. Ensuite il montre que la méthode employée par M. Bazy, n'est plus celle de Saviard ou de Foubert puisqu'on y a ajouté l'antisepsie. Si M. Bazy a obtenu deux succès par ce procédé, il n'en est pas moins vrai que la méthode de Faget doit être recommandée jusqu'à plus ample informé.

M. Berger pense que la méthode de Faget est préférable en général. Mais dans quelques cas, quand le décollement remonte trop haut le long du rectum, la méthode de Foubert modifiée doit être employée. Il a observé récemment un phlegmon gangréneux de la fosse iliaque chez un diabétique qui a guéri en dehors de toutes les prévisions, à la suite d'une grande incision antéro-postérieure, sans qu'il y ait ouverture du foyer purulent dans l'intestin.

M. Reclus montre que si la méthode de Faget semblait, il y a quelques années, être la préférée des chirurgiens français dans leurs écrits, elle ne l'était pas toujours en ce qui concernait leur pratique. M. Reclus croit utile de faire une division dans ces sortes d'abcès du pourtour du rectum. Il admet : 1° Les *abcès sous-tégumentaires*, non encore décrits en France, donnant naissance aux fistules sous-tégumentaires, qu'elles sont bien connues depuis la description de Gosselin. Ils siègent à la fois sous la peau de la région périanale et sous la muqueuse de l'anus ; 2° les abcès de la fosse ischio-rectale proprement dits. Allingham a fait cette distinction et y a insisté. Les deux cas, publiés par M. Bazy, sont pour M. Reclus des cas d'abcès sous-tégumentaires. — Les *abcès tuberculeux*, même sous-tégumentaires, doivent être ouverts par la méthode de Faget, tandis qu'ils peuvent, lorsqu'ils sont simples, être traités par la méthode de Foubert ou celle de Faget. Cependant il ne faut pas exagérer la portée des faits qu'il a personnellement et antérieurement mis en avant pour prouver que tout abcès de la fosse ischio-rectale doit être traité comme une fistule borgne externe. En effet, dans un vaste abcès froid de cette région, il a fait récemment des injections iodoformées et la guérison absolue a eu lieu rapidement.

M. Terrier, en 1879, a opéré un abcès profond de la fosse ischio-rectale par le procédé de Saviard, parce que l'abcès remontait trop haut et qu'il aurait fallu un entérotome pour sectionner le rectum. La guérison était absolue deux mois après environ et elle se maintient depuis sept ans. Depuis, il a fait deux ou trois fois la même opération, qui consiste en ceci : incision large et grande, grattage, pansement iodoformé, sans ouverture de l'intestin. Ce procédé lui parait très bon.

M. Trélat. — Cette discussion prouve qu'il n'y a pas moyen de prendre une résolution applicable à tous les cas. Puisqu'on obtient la guérison, c'est-à-dire la réunion parfaite, lors de l'abaissement du rectum après extirpation de cet organe, on doit pouvoir obtenir des réunions par la méthode de Foubert ; cependant on ne doit l'employer, à son avis, que dans cas spéciaux. Pour se risquer à agir comme M. Terrier, il faut être aussi sûr de son antisepsie que ce chirurgien l'est de la sienne. Il faut une antisepsie excessive, féroce. Ses lectures, l'enseignement de ses maitres, sa pratique personnelle, l'ont fait persévérer dans l'emploi de la méthode de Faget. Il vaut mieux agir ainsi ; la guérison est plus rapide, plus certaine, surtout quand le foyer purulent siège très près de l'intestin.

M. Horteloup montre le petit entérotome inventé par Nélaton pour fendre le rectum dans ces sortes d'abcès.

M. Guinard lit une observation de *Leontiasis osseux de la partie supérieure de la face et du crâne* et présente la malade.

M. Prengrueber lit une observation de *plaie pénétrante du crâne avec corps étranger*.

M. Terrier montre un *hystéromètre* inventé par le docteur Caulet (de Saint-Sauveur) et modifié par lui.

Élections. — Sont nommés membres de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire, MM. Horteloup, Monod et Quenu.

Marcel Baudouin

CORRESPONDANCE

Les Religieuses des hôpitaux.

M. Léon Le Fort a publié sur les Hôpitaux dans le *Paris Guide* de 1867 un très intéressant travail qui se compose d'une série d'articles nettement distincts, intitulés : *Les Religieuses ; — Infirmiers et Infirmières ; — Admission des malades dans les hôpitaux ; — Régime intérieur des hôpitaux*, etc. Nous avons reproduit dans le n° 25 (p. 512) l'article consacré aux *Religieuses* sans le faire précéder ni suivre d'aucun commentaire, laissant à nos lecteurs le soin de conclure.

Il est assez rare de voir un auteur réclamer contre la reproduction même de ses écrits ; c'est cependant ce que fait M. Léon Le Fort en nous adressant la singulière lettre qu'on va lire. Nous l'insérons, bien qu'elle contienne des attaques contre l'Assistance publique, qui n'avaient peut-être pas leur place naturelle dans cette discussion, et bien qu'elle outrepasse notablement le droit de réponse.

A M. le directeur du *Progrès médical*.

Monsieur,

En reproduisant dans le *Progrès médical* un passage de mon article « Hôpitaux, » publié en 1867, et en lui donnant pour titre *Opinion de M. le Professeur Léon Le Fort sur la laïcisation*, vous me présentez comme un partisan de cette mesure. Cela ne saurait me convenir.

Je vous ferai d'abord remarquer que ce que j'ai dit du rôle des religieuses ne saurait servir d'argument pour ou contre la laïcisation, puisque le rôle des surveillantes laïques reste identiquement le même que celui des religieuses. D'autre part, il eut été juste de continuer la citation en reproduisant aussi ce que je disais des infirmiers laïques, cela eût évité toute méprise. Je continue donc la citation, en me bornant à ces quelques lignes :

« Sauf de rares, de très rares exceptions, les infirmiers et infirmières présentent deux variétés : le rebut des serviteurs, incapables de pouvoir être conservés nulle part ailleurs, et des gens d'une moralité malheureusement non douteuse, que l'exiguité de leur salaire (27 fr. 50 et 25 francs par mois, en 1887) (1) pousse fatalement à les augmenter par les plus indignes extorsions... « Presque tous exigent ou des pauvres malades ou de ceux qui viennent les visiter, des gratifications plus ou moins considérables, le malheureux qui ne peut payer, reste privé de soins, sans que le directeur le plus actif ou la surveillante la mieux intentionnée puissent parer à ces inconvénients. » Voilà ce que disait le rapport de la commission médicale du 10 mai 1843, et l'Administration se fait une étrange illusion quand elle s'imagine avoir remédié au mal. Il persiste, toujours le même, toujours aussi intense. »

Voilà ce que je publiais, en 1867, et, certes, cela ne saurait me faire ranger parmi les partisans de la laïcisation. Puisque vous m'obligez à dire mon opinion sur la laïcisation, je vais la dire nettement, suivant mon habitude.

Je ne crois à aucun dogme, à aucune religion, mais j'ai horreur de tous les fanatismes et je n'en connais pas de plus odieux que celui qu'inspire aujourd'hui cette nouvelle religion, la plus intolérable de toutes celles qui subsistent, et qu'on appelle la libre pensée. Si ceux qui ont eu voix délibérative dans cette question de la laïcisation, n'avaient pas été aveuglés par la haine, ils auraient dit, dans le langage de la secte :

« Voilà de pauvres filles, assez simples pour croire à une vie éternelle, assez stupides pour sacrifier les joies de ce monde à l'espoir d'une récompense future qui n'existe pas, assez bêtes pour se faire religieuses et passer leur vie au chevet de nos malades. Vouées volontairement à la pauvreté, elles ne nous demandent, pour prix de leur dévouement, qu'une somme de 200 francs par an. Nous serions plus bêtes encore, si nous ne profitions pas de leur bêtise et de leurs services et si nous les remplacions par des surveillantes laïques, dont chacune nous coûtera 700 francs, si nous la logeons ; 1.800 francs si nous ne la logeons pas ; par des sous-surveillantes à 500 francs, etc.

C'est cependant ce qu'on a fait, et dans l'hôpital où j'ai ma chaire de clinique, on a remplacé 19 religieuses qui coûtaient annuellement 3.800 francs, par 21 surveillantes, sous-surveillantes et suppleantes, qui coûtent 10.800 francs. C'est presque le triple de la dépense.

Ce gaspillage du bien des pauvres, répété dans de bien plus grandes proportions pour d'autres hôpitaux, a rendu l'Administration, financièrement, incapable de faire face aux nécessités du service ; ne pouvant, faute d'argent, ouvrir aux malades les nou-

(1) Ce qui est *entre parenthèses* est une addition et ces chiffres diffèrent de ceux qu'a donnés M. Le Fort en 1867 comme on le verra plus loin.

veaux hôpitaux dont ils auraient besoin, elle remplit de brancards supplémentaires nos salles déjà trop encombrées et compromet la guérison et la vie des malades. Obligée de faire des économies, elle les fait porter jusque sur la nourriture de nos blessés, et, bien que nous soyions à la fin de juin, je n'ai pu encore obtenir pour mes amputés le moindre légume vert et ils ne connaissent encore, malgré leurs réclamations et les miennes, que les pommes de terre, le riz et les haricots secs.

Témoin chaque jour, depuis 39 ans, du dévouement admirable des religieuses, je pourrais prendre la question à un point de vue élevé ; je la laisse, à dessein, sur le terrain matériel et financier. Même sur ce terrain, la laïcisation est condamnable. Républicain, je la déplore comme une faute ; libéral, je la condamne comme un attentat à la liberté.

J'ai combattu la tyrannie cléricale quand elle était victorieuse et Monseigneur Dupanloup me fit, en 1873, à la tribune de l'Assemblée nationale, l'honneur de dénoncer mon enseignement aux foudres de ses collègues. Je combats aujourd'hui cette tyrannie, qui, sous le prétexte d'attaquer le cléricalisme vaincu, attaque la religion elle-même et en fait un motif de proscription. Je combats cette tyrannie qui, au nom de la libre pensée, porte atteinte à ce qu'il y a de plus sacré au monde, à la liberté de conscience !

Je vous prie, monsieur, de vouloir bien publier cette lettre et d'agréer l'expression de ma considération la plus distinguée.

Léon Le Fort.

24 juin 1887.

1. M. Léon Le Fort, le savant professeur, a mal lu notre titre. Nous n'avons pas écrit : *Opinion de M. le professeur Léon Le Fort sur la laïcisation*, nous nous en étions bien gardé ; nous avons simplement mis ceci :

« Opinion de M. Léon Le Fort, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, sur les religieuses des hôpitaux. »

Cette erreur, dès le point de départ, a conduit M. L. Le Fort à nous accuser de l'avoir présenté comme un partisan de la laïcisation. C'est là une autre erreur, puisque nous n'avons rien ajouté au texte, que le mot laïcisation n'y figure pas et que nous n'avons pas oublié la dernière lettre de protestation des médecins et chirurgiens des hôpitaux (2 décembre 1885), où se trouve, pour la première fois, croyons nous, le nom de M. L. Le Fort. Cette façon de procéder a lieu de surprendre, de la part d'un homme qui passe pour très sérieux.

2. Au dire de M. L. Le Fort, l'opinion qu'il a émise sur les religieuses « ne saurait servir d'argument *pour* ou *contre* la laïcisation. » Assurément, si ce n'était qu'une opinion de M. L. Le Fort..., mais il s'agit là de faits précis, d'un tableau d'une exactitude rigoureuse, incontestable, et la vérité demeure toujours la vérité. Chacun appréciera si, dans la description qu'il semble regretter, M. Le Fort a donné ou non des arguments en faveur de la laïcisation.

Notre honorable correspondant se trompe lorsqu'il avance que « le rôle des surveillantes laïques reste identiquement le même que celui des religieuses, » rôle qu'il a si bien décrit qu'on ne saurait trop reproduire son texte :

« Le premier devoir de l'écrivain, a écrit M. L. Le Fort, est de dire la vérité, et, quelque défaveur que doive nous attirer, de la part de beaucoup de nos lecteurs, ce que nous avons à dire du rôle des religieuses dans les hôpitaux de Paris, il nous est impossible de ne pas dire que ce rôle est loin d'être celui que leur attribuent des préjugés qui ne sont, du reste, que des souvenirs d'un temps fort éloigné. Ce rôle ne consiste pas, en effet, à donner directement des soins aux malades ; ce n'est pas la sœur qui fait les pansements, ce sont les externes ; et s'il y a lieu dans la journée de les renouveler, d'appliquer des cataplasmes, des sangsues, c'est alors l'infirmier ou l'infirmière qui se substituent à l'externe ; la cuillerée de potion qu'il faut donner d'heure en heure, c'est l'infirmier qui l'administre ; s'il faut changer un drap souillé, laver un malade, c'est encore l'infirmier qui intervient ; *la religieuse est la surveillante générale ; elle fait la répartition des aliments* que distribuent les infirmiers ; *elle règle les rapports avec la lingerie*, veille au maintien de l'ordre et de la discipline de la salle... »

De même que les sœurs, les surveillantes laïques doivent surveiller la répartition des aliments, régler les rapports avec la lingerie, veiller au maintien de l'ordre et de la discipline de la salle, mais encore elles ont le devoir de demeurer constamment dans les salles, en dehors des heures de repas, tandis que les religieuses en distrayaient une large part pour la prière, la méditation, les pieux exercices de tout genre, etc. Elles doivent participer *personnellement* aux soins donnés aux malades, faire ou faire faire devant elles tous les pansements, toutes les petites opérations que les médecins ou les chirurgiens leur confient ; prendre des renseignements précis sur les malades, noter la température, etc., etc. En un mot, elles doivent être les *premières infirmières du service*, être prêtes à accomplir toutes les besognes, même les plus répugnantes (1). Enfin, elles doivent être, pour le médecin, des auxiliaires instruites, en mesure de le renseigner de la façon la plus exacte. Tel est le but que nos amis et nous nous poursuivons depuis *dix ans* dans les Ecoles municipales d'infirmières de Bicêtre, de la Salpêtrière et de la Pitié. Et ce but, nous l'atteindrons sûrement : les résultats déjà obtenus justifient cette espérance.

3. M. Léon Le Fort nous reproche de ne pas avoir *continué la citation*. Ce reproche n'est nullement fondé. La citation était finie puisque nous avons pris TOUT l'article sur les religieuses. Rien ne nous obligeait à en reproduire un second, tout à fait distinct. M. Le Fort, pensant peut-être nous embarrasser, intercalle dans sa lettre, non pas TOUT son article sur les infirmiers et les infirmières, mais une PARTIE seulement, un *article expurgé... ad majorem Dei gloriam*. Nous allons réparer son omission, en plaçant sous les yeux de nos lecteurs le *texte complet* et ils verront que les passages éliminés — placés entre des crochets — ne sont pas sans intérêt.

[**Infirmiers et Infirmières.**]

[LE SERVICE DIRECT DES MALADES EST FAIT, comme nous l'avons dit, PAR DES LAÏQUES, serviteurs à gages, qui, pour ces pénibles fonctions, reçoivent un salaire de 15 francs par mois, lequel, après quatre années, peut être élevé à un maximum qui est alors de 21 francs. Quand on réfléchit que les domestiques des deux sexes, généralement assez bien logés, reçoivent, à Paris, dans les maisons particulières, où ils sont bien nourris, un salaire qui, presque toujours, dépasse le double, on se demande par quel miracle l'Administration des hopitaux parvient à ne payer que 15 francs les pauvres diables chargés du plus pénible et du plus rebutant de tous les services. Hélas ! la réponse n'est que trop facile pour ceux qui ont vécu dans les hôpitaux, en contact journalier *avec les malades*]. (*Ici commence la citation de M. Le Fort*). . . . . . sauf de rares, de très rares exceptions, les infirmiers et infirmières présentent deux variétés : le rebut des serviteurs incapables d'être conservés nulle part ailleurs, et des gens malheureusement d'une moralité non douteuse, que l'exiguité même de leur salaire pousse fatalement à les augmenter par les plus indignes extorsions. [Si le malade a soif, si, cloué à son lit, il ne peut saisir le vase qui renferme sa tisane, ou s'il a bu celle qui lui avait été donnée, s'il réclame un autre secours, il faut qu'il paye ou que ses parents, en venant le visiter, aient apprivoisé, à prix d'argent, des gens qui devraient être, qu'on croit être les serviteurs de celui qui souffre et qui ne sont trop souvent pour lui que de véritables vampires.] « Presque tous exigent ou des pauvres malades ou de ceux qui viennent les visiter, des gratifications plus ou moins considérables. Le malheureux qui ne peut payer reste privé de soins, sans que le Directeur le plus actif, ou la surveillante la mieux intentionnée, puisse parer à ces inconvenients. » Voilà ce que disait le rapport de la Commission médicale du 10 mai 1843 et l'Administration se fait une étrange illusion quand elle s'imagine avoir remédie au mal. Il persiste, toujours le même, toujours aussi intense : [il n'est pas un médecin d'hôpital qui n'en connaisse toute l'étendue : mais il n'est donné à aucun de nous de pouvoir l'atteindre, car la repression directe venant de notre part serait un empiètement sur les droits des administrateurs et il ne nous appartient pas davantage d'appliquer le *seul remède efficace* : AUGMENTER LE SALAIRE DES INFIRMIERS. Le mal est rendu inévitable par une *économie des plus mal entendues* ; puisse l'Administration finir par le comprendre et diriger dans une meilleure voie les efforts très réels, mais sans résultat décisif possible, auxquels elle se livre depuis longtemps pour combattre ce fléau.]

Voilà ce qu'écrivait M. Le Fort, il y a vingt ans, comme il le fait remarquer lui-même. Qu'en ressort-il ? 1° *Que le service direct des malades est fait par des* LAIQUES, constatation qui a une réelle valeur, qui n'a cessé d'être vraie, mais que notre éminent contradicteur évite de renouveler aujourd'hui. Pourquoi ? Il en ressort encore *que le salaire des infirmiers et des infirmières était absolument insuffisant (quinze francs par mois*, et que pour remédier au triste état de choses qu'il signalait avec tant de raison et pour assurer un meilleur recrutement

(1) C'est pour cela que nous avons toujours demandé qu'on fasse passer les futures sous-surveillantes par tous les grades

« le seul moyen efficace » était d' « AUGMENTER LE SALAIRE DES INFIRMIERS. » Et M. Le Fort ne craignait pas d'ajouter : « Le mal est rendu inévitable par *une* ÉCONOMIE *des plus mal entendues.* » Pourquoi a-t-il supprimé ce passage qui lui faisait honneur?

La réforme que réclamait M. Le Fort est aujourd'hui sinon tout à fait réalisée, au moins en voie de réalisation.

Persuadé, nous aussi, que le recrutement des infirmières et surtout des infirmiers était déplorable ; connaissant aussi tous les abus énumérés par la Commission de 1843, nous n'avons cessé, depuis longtemps (1), de demander à l'Administration de prendre les mesures nécessaires pour l'amélioration de son personnel. Elle n'a pas entendu nos conseils, pas plus qu'elle n'avait été touchée par ceux de M. Le Fort. C'est alors que nous avons soulevé la question au Conseil municipal (1877).

Après avoir dépeint la situation telle qu'elle était, nous avons montré que pour assurer un meilleur recrutement des infirmiers et des infirmières, il fallait prendre les mesures suivantes : 1° Augmenter leur salaire; 2° leur accorder une nourriture meilleure et plus variée; 3° leur donner des habitations moins insalubres; 4° les instruire.

Le Conseil municipal a réalisé toutes les mesures qui dépendaient de lui. Il a décidé que le *traitement mensuel minimum* des infirmiers et des infirmières serait porté à *vingt-cinq francs* (2);—que le traitement des surveillants et surveillantes, serait porté de 500 francs à 7 et 800 fr.; celui des sous-surveillants et des sous-surveillantes, de 380 francs à 5 et 600 fr. Il a décidé qu'à l'avenir, dans les établissements nouveaux, les infirmiers et les infirmières ne seraient plus mis dans des dortoirs communs, mais auraient chacun leur chambre. C'est ce qui a été exécuté dans le pavillon Moïana, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans la Nouvelle section des enfants de Bicêtre. Le Conseil a, en outre, invité l'Administration à généraliser cette mesure à tous les hôpitaux. Il a voté une augmentation de la quantité de vin allouée aux infirmiers (80 centilitres au lieu de 48) et aux infirmières (32 à 50) et invité l'Administration à améliorer leur nourriture. Il a réclamé la *substitution*, dans la mesure du possible, *des infirmières aux infirmiers*, sachant que les femmes sont plus aptes que les hommes à soigner les malades et qu'il est plus difficile d'avoir de bons infirmiers que de bonnes infirmières, demandant, en même temps, que chaque hôpital ait un nombre suffisant d'hommes de peine pour faire les gros travaux. Voilà pour le côté matériel.

Mais le Conseil municipal a fait plus ; il s'est préoccupé de l'amélioration morale et intellectuelle du personnel secondaire et, dans ce but, il a créé à l'exemple de l'Angleterre, de l'Autriche, des Etats-Unis, etc., etc., les trois *Écoles d'infirmières* de la Salpêtrière, de Bicêtre et de la Pitié.

Grâce à toutes ces mesures, le niveau intellectuel et moral des infirmières et des surveillantes s'est notablement élevé et l'Administration dispose d'un nombre déjà considérable d'hospitalières dont l'instruction primaire et l'instruction professionnelle sont de beaucoup supérieures à celles de la très grande majorité des religieuses. Les progrès seraient encore beaucoup plus considérables si, au lieu d'une opposition qu'aucune raison sérieuse ne justifie, nous avions eu le concours de tous les esprits éclairés, au courant, comme M. Le Fort l'était naguère, des services rendus par les institutions fondées dans tous les pays, pour fournir aux malades et aux médecins de bonnes infirmières.

Donc, aujourd'hui, la plupart des réformes réclamées par M. Le Fort sont accomplies. Naturellement elles ont entraîné des dépenses : C'est ce que M. Le Fort appelle aujourd'hui le « gaspillage du bien des pauvres » alors que, en 1867, il affirmait que ne pas les faire c'était une « économie des plus mal entendues. »

4. Nous glisserons sur le sin[illegible]lier disc[illegible] a l'adr[illegible] de Religieuses, nous bornant à faire remarquer que le [illegible] donné par M. Le Fort d'exploiter leur « bêtise » pour faire « une économie malentendue » n'est peut-être pas d'un goût parfait.

5. Nous insisterons, en revanche, sur les dépenses comparatives des religieuses et des laïques. Bien qu'il s'agisse là d'une question qui doit être jugée dans son ensemble et comprendre les hôpitaux, les hospices, les asiles, étudiés non seulement à Paris, mais dans tout le pays, nous allons examiner spécialement l'hôpital Necker.

La *laïcisation* des hôpitaux se compose de deux opérations : la *suppression des aumôniers* et la *substitution des laïques aux religieuses*. Examinons les résultats en ce qui concerne l'hôpital Necker :

Aumônier : Traitement	2.000 fr.
Avantages en nature (logement, chauffage, éclairage, etc). . . .	600 fr.
évaluation *bien inférieure* à la valeur réelle.	
Frais de culte	3.405 fr.
Sacristain : Traitement	400 fr.
— Habillement.	80 fr.
sans compter le logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage.	
Traitement des sœurs	3.800 fr.
Total	10.285 fr.
Traitement des surveillantes laïques.	10 800 fr.
Excédent de dépenses.	515 fr.

Voilà ce que nous apprend le *Budget* de l'Assistance publique. Mais cet excédent — que nous ne voulons pas *à dessein* mettre en comparaison avec la plus-value des avantages dont jouissaient et l'aumônier et le sacristain, est compensé largement par une amélioration du *service de nuit.*

Du temps des religieuses, ce service était fait par *une* religieuse. Non seulement ce n'était pas la même religieuse qui veillait toutes les nuits, mais encore, le plus souvent nous dit-on, ce n'était pas la même religieuse qui faisait toutes les tournées réglementaires de la même nuit. Il s'ensuivait fatalement que le service de nuit ne pouvait guère fournir de renseignements sérieux sur les malades. A l'occasion de la laïcisation, l'Administration a créé une suppléante de nuit pour la division des hommes et une seconde pour la division des femmes. Elles peuvent parvenir à connaître tous les grands malades de leur division et être en mesure de noter et de communiquer aux médecins les particularités présentées par les malades. Ajoutons qu'autrefois, la religieuse, sa tournée faite, retournait à la Communauté où il fallait aller la chercher en cas d'accident, tandis que, maintenant, les suppléantes, après leur tournée, se rendent et restent au rez-de-chaussée, l'une dans la salle de *chirurgie* des hommes, l'autre dans la salle de chirurgie des femmes, c'est-à-dire immédiatement prêtes à recevoir les malades d'urgence et à aider l'interne de garde. La mesure prise par l'Administration, qui, à notre avis est d'une utilité incontestable, a occasionné une dépense de 800 francs.

Dans tous les cas, et sans tenir compte de cette amélioration du service de nuit, la laïcisation n'entraîne annuellement, *pour le budget* de l'hôpital Necker, qu'un surcroît de dépenses de *cinq cent quinze francs*. Cela mérite-t-il bien de crier au « gaspillage du bien des pauvres ? »

6. M. Le Fort estime que c'est ce gaspillage qui est cause de *l'encombrement des salles par les brancards*. Et cependant il devrait savoir que depuis bien des années, à notre connaissance depuis 27 ans, médecins et chirurgiens s'en plaignaient déjà, et certes, la faute n'en incombait pas à la laïcisation (1). Mais le mal est-il plus grand aujourd'hui qu'avant la laïcisa-

(1) Voir, comme résumé de ce que nous avons [illegible] *Progrès médical*, 1875, p. 44[illegible].

(2) Voir nos *Rapports sur le budget de l'Assistance publique*, 1877, p. 33 ; 1878, p. 51 ; 1879, p. 17.— 25 fr. au minimum, soit [illegible] an 300 fr. au lieu de l'ancien minimum, 180 fr.

(1) M. Le Fort réclame la [illegible] de nouveaux hôpitaux. Il oublie [illegible] : [illegible] Laennec, l'hôpital Bichat, [illegible] pavillon Moïana, les pa[illegible] des Enfants-Malades, [illegible] ; [illegible] *[illegible] des [illegible] externes des hôpitaux, enfin dans un accroissement des pensions représentatives du séjour à l'hospice.*

tion? Les chiffres vont nous l'apprendre : 1879, moyenne des brancards (à Necker), en janvier, 40 ; en décembre, 70. — 1880, moyenne en janvier, 72 ; en février, 80. — Voilà pour le passé, voyons 1887 : moyenne des brancards en janvier, 55 ; février, 47 ; mars, 45 ; avril, 52 ; mai, 37 (1). Conclusion : Il y a eu moins de brancards à l'hôpital Necker en 1887 qu'en 1879 et 1880, époque où l'hôpital Laënnec seul avait été laïcisé.

Ce serait encore les dépenses de la laïcisation qui, au dire de M. Le Fort, mettraient l'Administration dans l'impossibilité de donner aux amputés de son service « le moindre légume vert. » Son affirmation est en désaccord avec les livres de l'économat de l'hôpital Necker, qui nous apprennent qu'il a été consommé, dans cet établissement, 681 kil. de légumes frais (2) en *mai* et 700 en *juin* ; 230 kil. de légumes de saison (3) en *mai* et 238 en *juin*. Qui se trompe ou nous trompe ?

6. Le paragraphe suivant où M. Lefort déclare qu'il est « témoin depuis 39 ans du dévouement admirable des religieuses » trouve sa réponse — et elle est péremptoire — dans l'article qu'il a lui-même consacré au rôle des religieuses, qui « *est loin d'être celui que lui attribuent des préjugés qui ne sont*, du reste, *que des souvenirs d'un temps fort éloigné.* » Notons seulement qu'il semble y avoir eu une éclipse dans l'admiration de l'éminent professeur.

7. Chacun appréciera, d'après les faits journaliers, jusqu'à quel point l'ennemi de tout progrès et de toute liberté, le cléricalisme « est vaincu ». Mais nous devons relever l'étrange assertion de M. Le Fort prétendant que la laïcisation « porte atteinte à la liberté de conscience. » En quoi ? Est-ce que M. Le Fort connait des malades qui ont été obsédés par une propagande matérialiste ? Est-ce que lui ou ses collègues ont constaté une seule fois que l'Administration ait refusé ce qu'on appelle les secours religieux à un seul malade ? Si non, alors que signifie ce passage de sa lettre ? Il n'est pas sans savoir ce qui se passe, au point de vue du culte, dans son hôpital, dans son service. Il ne doit pas ignorer que l'aumônier de la paroisse est prévenu dès qu'un malade réclame « son ministère. » S'il n'en était pas ainsi, l'Administration mériterait d'être blâmée. Or, les faits prouvent que l'Administration s'acquitte de son devoir. En effet, dans le courant de 1886, 230 malades, dont 29 du service de M. L. Le Fort, ont demandé et obtenu les visites du prêtre. Dans le premier semestre de cette année, il y en a eu quarante, dont trois appartenant à ses salles. Cette pratique est la meme dans tous les hôpitaux, et si M. Léon Le Fort les examinait de près, à cet égard, il découvrirait bien vite que, à l'heure actuelle, même dans les hôpitaux laïcisés, les malades et le personnel sont l'objet d'une propagande cléricale active par l'intermédiaire d'une partie des aumoniers, des dames de charité, d'un trop grand nombre de directeurs et meme... d'autres personnes (4).

Ce n'est pas sans un réel chagrin que nous nous sommes vu dans la nécessité de faire cette réponse. Nous n'avons pas reconnu dans l'auteur de cette lettre le réformateur qui a écrit l'article si plein d'idées généreuses sur les *Hôpitaux* (1867), le livre remarquable sur les *Maternités* (1866), et même l'*Étude sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger* (1874).

Nous n'avons pas reconnu non plus, ni le savant d'une précision et d'une exactitude rigoureuses qui a vulgarisé, en France, les travaux des chirurgiens anglais sur quelques unes des opérations les plus graves de la chirurgie, ni l'hygiéniste dont le mémoire sur les hôpitaux anglais a été l'occasion de l'une des discussions académiques les plus ardentes sur l'*hygiène hospitalière*. Et pour terminer cette trop longue réponse, nous craignons bien que ce n'est pas aux foudres d'un Dupanloup du jour qu'est exposé aujourd'hui M. Léon Le Fort, mais, hélas! c'est à ses éloges. BOURNEVILLE.

(1) Dans le service de M. Le Fort, la moyenne des brancards n'a pas atteint le nombre de 4 durant les cinq premiers mois de 1887.

(2) Asperges, romaine, artichauts, carottes nouvelles, pommes de terre de Hollande, pois, 22 fois dans le mois, au repas du soir, aux malades du deuxième degré, et 5 fois aux malades des troisième et quatrième degrés.

(3) Choux, p. de Hollande, navets, 13 fois dans le mois au repas du soir, aux malades des 3e et 4e degrés.

(4) Dans notre service, en 1886, les epileptiques adultes qui le désiraient étaient conduits a la messe. Leur nombre a varie de 6 à 26, sur une population de 150. Les *enfants*, sur la demande *seulement* des familles, sont conduits au curé pour l'enseignement du catechisme qui se fait exclusivement à l'eglise. 14 ont fait ou renouvelé leur « première communion » en 1886 et 13 cette annee.

Le défaut d'espace nous empêche de publier aujourd'hui notre correspondance de Berlin et une lettre que nous adresse M. Pozzi.

THÉRAPEUTIQUE

De l'antipyrine contre la douleur.

On sait, depuis les travaux de M. le Dr Henri Huchard, que l'antipyrine a une action certaine contre les manifestations fébriles de la phtisie pulmonaire, et qu'elle jouit d'un pouvoir réfrigérant et passager fort utile dans les fièvres et le rhumatisme fébrile.

L'antipyrine n'est pas seulement un puissant antithermique, mais encore un des médicaments les plus actifs contre la douleur. Dans son importante communication à l'Académie des sciences (séance du 18 avril 1887), M. le professeur Germain Sée fait remarquer que, pour se rendre compte des propriétés analgésiques remarquables de l'antipyrine, il suffit de l'employer contre ce genre d'affections rhumatismales ou goutteuses qui ne sont marquées que par l'arthrite douloureuse, ou, mieux encore, aux états nerveux qui ne sont caractérisés que par la douleur. « Or, sur quinze malades affectés de rhumatisme subaigu ou d'hydarthrose, la douleur avec l'engorgement articulaire disparurent en quelques jours, sans récidive, quand on eut le soin de continuer la médication à petite dose, pendant une semaine environ.

Les mêmes effets furent observés dans les accès de goutte aiguë, greffés ou non sur la goutte chronique, avec dépôts uratiques ou tophus, et fixés sur les poignets ou les jointures des membres inférieurs ; l'antipyrine, à la dose de 4 à 6 grammes, fit cesser la douleur et le gonflement articulaire en deux à quatre jours, sans produire sur le cœur et les reins le moindre dommage. »

Pour faciliter l'emploi de ce nouveau médicament, le Dr Clin a préparé une *Solution* d'un dosage rigoureusement exact, contenant 1 gramme d'antipyrine pure par cuillerée à bouche, et 25 centigrammes par cuillerée à café.

La Solution d'antipyrine du Dr Clin est très bien supportée, même par les malades les plus affaiblis, et, en raison de son goût agréable, elle peut être prise pure, dans un peu d'eau ou dans une infusion aromatique.

C'est surtout dans les troubles nerveux de la sensibilité que l'antipyrine produit son maximum d'action. M. G. Sée a vu des nevralgies faciales, des migraines anciennes et répétées, des céphalées due à la croissance ou à d'autres causes, guéries en quelques heures à l'aide de 2 grammes d'antipyrine.

Le savant clinicien cite de nombreuses affections contre lesquelles l'antipyrine produit les plus heureux résultats : névralgies, névrites, lumbagos, etc., enfin des douleurs névro-musculaires dorsales généralisées et des fatigues musculaires douloureuses telles qu'on les observe si souvent chez les individus surmenés ou névropathiques : « Il me reste à mentionner, ajoute-t-il, un dernier groupe de maladies qui, elles aussi, se présentent parfois avec des douleurs vives ; je veux parler des maladies du cœur, surtout de l'aorte et des artères coronaires cardiaques, qui se traduisent par des douleurs locales à la pointe ou à la base du cœur, et des irradiations dans l'épaule, le cou, le bras gauche ; ces manifestations douloureuses, souvent angoissantes, cédèrent rapidement chez six cardio-aortiques et trois anévrysmatiques, sous l'influence répétée de 4 à 5 grammes d'antipyrine, laquelle a d'ailleurs le grand avantage de ne troubler en rien ni la force ni la régularité des battements cardiaques, et peut être continuée longtemps sans aucun inconvénient.

Dans tous ces genres de maladies si diverses, que rien ne rapproche que l'élément douleur, la dose nécessaire d'antipyrine a été de 3 grammes au moins, de 6 grammes au plus, qu'on administre à une ou quatre heures d'intervalle, sous forme de Solution.

Les expérimentations physiologiques ont confirmé toutes les donnees de l'observation clinique : suppression de la sensibilité et de l'excitabilité réflexes chez les animaux, suppression de la douleur dans l'organisation malade, sans trouble, ni dans le rythme du cœur, ni dans la force de la circulation.

L'antipyrine peut donc être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant et le plus inoffensif contre la douleur. »

La véritable Solution d'antipyrine du Dr Clin réunit toutes les conditions désirables pour l'emploi de ce médicament.

VARIA

Concert des frères Lionnet à Bicêtre

Mercredi a eu lieu le concert annuel que les frères Lionnet ont l'habitude d'organiser à Bicêtre, ainsi qu'à la Salpêtrière. Avant le concert, qui est indiqué pour quatre heures et demie, un groupe des enfants de Bicêtre exécute, avec une grande perfection, devant les nombreuses personnes venues pour le concert, des exercices d'ensemble, sous la direction de leur professeur de gymnastique, M. Goy, exercices qui leur ont valu des récompenses au concours de gymnastique qui a eu lieu dimanche dernier à Saint-Mandé.

A quatre heures et demie, devant une salle comble, commence le concert dans la salle de gymnase disposée et décorée à cet effet. En avant sont placés les enfants idiots, et de chaque coté les invités. Au fond, sont groupés les épileptiques et les aliénés les plus calmes.

Le concert débute par un chœur chanté par les enfants de Bicêtre, soutenus et renforcés par quelques adultes, sous la direction de leur maitre de musique M. Pény, Viennent alors les nombreux artistes qui prêtent toujours si gracieusement leur concours à cette bonne œuvre, et dont on retrouve presque chaque année les noms à la suite des organisateurs MM. Lionnet. Cette année même il y a de nouveaux venus, qu'on retrouvera certainement l'an prochain. Après un morceau d'orgue exécuté par M. Rieu, et le *Chant des Basques*, chœur chanté par MM. Caron, de l'Opéra, Luc et Lubert, de l'Opéra-Comique, et MM. Lionnet, dont l'un est l'auteur de la la musique, on entend successivement Mme Vincent Guérold, Mlles Chevalier, Degrandi et Molé-Truffier, de l'Opéra-Comique, Mlle Rachel Boyer, de l'Odéon. M. Fugère, de l'Opéra-Comique, chante avec un goût parfait un morceau qui obtient un vif succès : *le Songe d'un Fils*, dont l'auteur est, pour les paroles, un des pensionnaires de Bicêtre, et pour la musique un des Lionnet. On réclame l'auteur, qu'on va chercher au milieu de ses camarades et qu'on entraine sur la scène aux applaudissements de toute la salle.

A la suite de M. Fugère viennent MM. Luc et Lubert, de l'Opéra-Comique, Boussagol et Rieu, de l'Opéra, Laugier et Bert, de la Comédie-Francaise, Caron, de l'Opera, et Saint-Germain, du Gymnase, qui a obtenu un vif succès de rire. Citons aussi Mlle Madeleine Godard, la violoniste distinguée, une habituée de ces petites fêtes. Le concert se termine enfin par une pantomime : *Pierrot Patriote*, exécutée par Paul Legrand et son fils, à la grande joie des enfants.

Un banquet réunit ensuite tous les artistes et les invités, parmi lesquels on remarquait MM. Humbert et Strauss, conseillers municipaux, et M. Clovis Hugues. Le president du banquet, M. Peyron, porte le premier toast de remerciement à tous ceux qui ont concouru au succès de cette œuvre qui apporte tant de joie et laisse de si bons souvenirs dans le cœur de tous les pauvres déshérites de l'intelligence. M. Strauss lui repond, puis c'est le tour de M. Clovis Hugues dans une improvisation spirituelle et pleine de cœur. M. Laborde enfin, au nom des médecins, prend la parole et profite de la présence d'un assez grand nombre de membres de la presse, pour leur montrer quel est le role du medecin aliéniste et combien les attaques dirigees contre eux seraient injustes si elles n'avaient pour excuse d'être lancees par des personnes incompétentes. Les artistes n'ont pas voulu partir sans offrir encore une foi aux nombreux convives un échantillon de leurs talents variés, et l'on se separe a dix heures et demie apres un dernier toast de M. Peyron, conviant tout le monde à l'annee prochaine.

L'affaire du baron Raymond Seillière devant la Société médico-psychologique.

Dans la dernière séance de la Société médico-psychologique, M. Motet a donné lecture de tout le dossier de l'affaire Seillière, non point, a-t-il dit, pour se justifier d'accusations indignes, mais pour revendiquer hautement devant ses pairs sa part de responsabilité. Malgré tout l'intérêt scientifique de cette communication, M. Motet ne l'eut jamais faite, car elle constituerait une violation du secret professionnel si ce secret existait encore et s'il n'eut été violé par une interpellation publique à la Chambre des députés.

Ce n'est pas dans une voiture cellulaire, comme on l'a raconté, mais dans le coupé d'un ami, le colonel Gallet, que M. Seillière a été conduit dans la maison de santé de Vanves. A son arrivée il se disait petit-fils de don Juan et d'une mauresque capturée à la bataille de Lépante ; il descend aussi de Jupiter par Mahomet ; la Sainte Vierge l'a pris sous sa protection et lui dicte ses actes, mais il est entouré d'une bande d'ennemis déguisés en juifs qui cherchent à l'empoisonner, etc., etc. Son agitation était extrême, il proférait des menaces de mort contre son frère et a même assommé un de ses domestiques à l'aide d'un verre lié dans une serviette dont il s'était fait une massue.

Tout son délire repose sur un mélange d'idées de persécution, d'idées ambitieuses et d'idées mystiques alternant ou s'enchevêtrant sans aucune transition. De plus il est pris par moments de syncopes épileptiformes s'accompagnant d'une perte totale de souvenir.

Le diagnostic de cette affection est assez délicat. Deux hypothèses également admissibles se présentent tout d'abord : ou c'est un début de paralysie générale (manie congestive de Baillarger) ou un accès de manie aiguë chez un héréditaire, compliquée d'accidents cérébraux spécifiques. On peut encore penser à la folie à double forme et au délire aigu. Quoi qu'il en soit l'état est fort grave et justifie pleinement la mesure prise par la famille.

Après quelques explications données par M. Falret sur le pronostic qui, comme on le voit, est loin d'être rassurant, car le malade qui s'alimente difficilement peut succomber dans une syncope, la société, sur la proposition de notre collaborateur M. Briand, vote par acclamation l'ordre du jour suivant :

« La Société médico-psychologique adresse à MM. Motet et Falret l'expression de sa plus vive sympathie à l'occasion des attaques aussi inqualifiables qu'imméritées dont ils viennent d'être l'objet à propos de l'affaire du baron Raymond Seillière. »

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 4. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Gariel, Bourgoin, Pouchet ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Lutz, Blanchard. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1er *de Doctoral*, 1re *Série* : MM. Baillon, Bourgoin, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Lutz, Blanchard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Hayem, Remy, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Pinard, Segond ; — (2e partie) : MM. Charcot, Blachez, Rendu. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu), 1re *Série* : MM. Blum, Terrier, Budin ; — 2e *Série* : MM. Reclus, Marchand, Terrillon ; — (2e partie) : MM. Fournier, Potain, Straus.

Mardi 5. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Gariel, Hanriot, Villejean ; — 2e *Série* : MM Baillon, Bourgoin, Pouchet ; — 3e *Série* : MM. Gautier, Lutz, Blanchard. — Examens ayant lieu à 1 heure. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Laboulbène, Troisier, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Ball, Farabeuf, Quenu ; — 3e *Série* : MM. Dieulafoy, Marc Sée, Humbert. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Mathias-Duval, Hanot. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Polaillon, Bouilly. — 5e *de Doctoral* (1re partie) (Charite), 1re *Serie* : MM. Le Fort, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Panas, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) : MM. Cornil, Grancher, Debove.

Mercredi 6. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Lutz, Bourgoin, Hanriot ; — 2e *Série* : MM, Gariel, Blanchard, Pouchet. — Examens ayant lieu à 1 heure, 1er *de Doctoral*, 1re *Série* : MM. Regnauld, Hanriot, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Lutz, Villejean ; — 3e *Série* : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard. — 2e *de Doctoral*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Farabeuf, Terrier, Straus ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Reclus, Reynier ; — 3e *Série* : MM. Damaschino, Rémy, Segond. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Guyon, Pinard, Terrillon ; — 2e *Série* : MM. Marchand, Blum, Budin. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Blachez, Landouzy.

Jeudi 7. — Examens ayant lieu a 9 heures. 1er *de Doctoral*, 1re *Série* : MM. Baillon, Lutz, Hanriot ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Pouchet, Blanchard, — Examens ayant lieu a 1 heure. 2e *de Doctoral*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Panas, Ball, Richelot ; — 2e *Serie* : MM. Duplay, Cornil, Humbert ; — 3e *Série* : MM. Mathias-Duval, Dieulafoy, Peyrot ; — 4e *Série* : MM. Laboulbène, Lannelongue, Quenu ; — 5e *Série* : MM. Farabeuf, Marc Sée, Debove. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Hutinel.

VENDREDI 8. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. R[illegible], Gariel, Villejean ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Lutz, Guebhard ; — 3e *Série* : MM. Gautier, Hanriot, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Guyon, Damaschino, Kirmisson ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Hayem, Straus ; — 3e *Série* : MM. Fournier, Rémy, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Trelat, Pinard, Segond ; — 2e *Série* : MM. Marchand, Blum, Terrillon ; — 3e *Série* : MM. Reclus, Terrier, Budin.

SAMEDI 9. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Gautier, Lutz, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard ; — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Marc Sée, Quenu. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Panas, Duplay, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Polaillon, Campenon ; — (2e partie) : MM. Ball, Cornil, Hanot ; — (2e partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Jaccoud, Peter, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Joffroy ; — 3e *Série* : MM. Grancher, Troisier, Debove.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 6. — M. Lavergne. De la kératite interstitielle (Étude étiologique). — M. Bradley. Iodisme. — M. Barnard. Des plaies de l'intestin par armes à feu. — M. Piquard. Tarsalgie des adolescents. — M. Sutherland. Des fractures multiples complètes et incomplètes du sternum (poignée et corps) chez l'adulte et chez l'enfant. — *Jeudi* 7. — M. Vallin. Prolapsus des ovaires. — M. Pacaud. De la conduite à tenir dans la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine. — M. Loye. Recherches expérimentales sur la mort par décapitation. — M. Langlois. Contribution à l'étude de la calorimétrie directe chez l'homme.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 juin 1887 au samedi 25 juin 1887, les décès ont été au nombre de 909, savoir : 504 hommes et 405 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 03. T. 10. — Variole : M. 2, F. 3, T. 5. — Rougeole : M. 11, F. 20. T. 31. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 4, F. 7. T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 15 F. 6, T. 21. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 108, F. 71. T. 179. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 19. T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 35. T. 49. — Méningite simple : M. 22, F. 10. T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 19. T. 41. — Paralysie : M. 1, F. 5. T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3. T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 42, F. 21. T. 63. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 13 T. 22. — Bronchite chronique : M. 10, F. 11. T. 21. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 13. T. 21. — Pneumonie M. 13, F. 15. T. 28. — Gastro-entérite, biberon : M. 29. F. 29. T. 46. — Gastro-entérite, sein : M. 15, F. 8. T. 23. — Autres gastro-entérite : M. 4. F. 2. T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 7, F. 5, T. 12. — Sénilité : M. 4, F. 14. T. 19. — Suicide : M. 13, F. 3. T. 16. — Autres morts violentes : M. 8, F. 5. T. 13. — Autres causes de mort : M. 103, F. 65. T. 168. — Causes restées inconnues : M. 9. F. 5. T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 7. Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 24 ; illégitimes, 10. Total : 34.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de clinicat.* — Les différents concours de *Clinicat* sont ouverts depuis le lundi 27 juin 1887, à 9 heures. Les candidats, ainsi que les membres du jury, pour chacun d'eux, sont : *Clinicat chirurgical.* — Jury : MM. Duplay, Guyon, Lannelongue, Le Fort et Verneuil, juges titulaires : MM. Panas et Trelat, juges suppléants. — Candidats : MM. les Drs Bournier, Michaux, Ozenne et Picqué. — *Clinicat médical.* — Jury : MM. Cornil, Damaschino, Dieulafoy, Potain et Germain Sée, juges titulaires : MM. H[illegible] et [illegible], juges suppléants. — Candidats : MM. les Drs [illegible], Dubuc, Duplaix, Dufour-Fardel, F[illegible], G[illegible], Pignol et M[illegible]. — *Clinicat des maladies nerveuses.* — Jury : MM. [illegible], Cornil, Damaschino, Dieulafoy, Peter et Germain Sée, juges titulaires : MM. Hayem et Potain, juges suppléants. — Candidats : MM. les Drs [illegible] et Gilles de la Tourette. — *Concours pour une place de chef des travaux anatomiques.* — Le concours pour la nomination à une place de chef des travaux anatomiques doit s'ouvrir le lundi 11 juillet 1887. Un seul candidat s'est fait inscrire : M. le Dr Poirier. Le jury se composera de MM. Cornil, Duplay, Farabeuf, Lannelongue et Mathias-Duval, juges titulaires, et de MM. Guyon, Le Fort et Trelat, juges suppléants. — *Suppléances des professeurs de clinique pendant les vacances.* — MM. les professeurs de clinique seront suppléés pendant les vacances par MM. les agrégés dont les noms suivent : *Hôtel-Dieu* : M. See, par M. X... ; M. Richet, par M. Reclus ; M. Panas, par M. Reclus. — *Charité* : M. Trélat, par M. Segond ; M. Potain, par M. X... — *Pitié* : M. Le Fort, par M. Kirmisson ; M. Peter, par M. Ballet. — *Enfants-Malades* : M. Grancher, par M. Hutinel. — *Salpêtrière* : M. Charcot, par M. Joffroy. — *Saint-Louis* : M. Fournier, par M. Straus. — *Concours pour le protectorat.* — La question posée à l'épreuve de physiologie a été : *le sens de l'odorat.* MM. Demoulin et Festal se sont retirés du concours. — *Concours pour le clinicat chirurgical.* La question écrite eu lieu le 27 juin ; elle était : *Epididyme ; symptômes et diagnostic de la tuberculose des organes génitaux de l'homme.*

ECOLE PRATIQUE (2, rue Vauquelin). — *Conférence* le jeudi 7 juillet, à 4 heures. (Laboratoire de physique) : L'hématoscopie, méthode d'analyse du sang basée sur l'emploi du spectroscope. Exposé et démonstration de la méthode par M. le Dr A. Hénocque.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Bureau Central de Médecine.* — Le sujet de la composition écrite donnée aux candidats du concours des médecins du bureau central, admis à subir les épreuves définitives, a été : *La sclérose pulmonaire* (anatomie pathologique, symptômes et diagnostic). — *Bureau Central de Chirurgie.* — La seconde épreuve d'admissibilité du concours des chirurgiens des hôpitaux de Paris est terminée. Les treize candidats dont les noms suivent sont seuls admis à subir la troisième épreuve d'admissibilité : MM. les Drs Broca, Castex, Hallé, Jullien, Michaux, Nepveu, Petit-Vendol, Picqué, Rémy, Ricard, Tuffier, Verchère et Walther.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Don.* M. Picard laisse à l'Assistance, un capital de 3 millions de francs.

BANQUET DE M. BOUCHARD. — Samedi 2 juillet, les élèves et les amis de M. Bouchard lui offriront un banquet à l'Hôtel continental, à l'occasion de son élection à l'Académie des sciences.

EPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE A LORIENT. — On annonce qu'une épidémie de fièvre typhoïde vient de se déclarer à bord de l'*Iphigénie* à Lorient.

EPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE. — L'épidémie de suette miliaire qui sévit dans la Haute-Vienne semble entrer dans une période de décroissance. Cependant on a envoyé sur les lieux, la semaine dernière, quelques internes des hôpitaux de Paris ; ils sont chargés uniquement, paraît-il, de veiller à l'exécution des mesures hygiéniques prescrites.

EXCURSION GÉOLOGIQUE (*Muséum d'histoire naturelle*). — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle fera une excursion géologique publique le dimanche 3 juillet 1887, à Belloy, St-Martin-du-Tertre et Luzarches. Rendez-vous : Gare du Nord, où l'on prendra, à 7 heures 35 minutes du matin, le train pour Montsoult. On sera rentré à Paris à 6 heures 35 minutes du soir. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de s'inscrire au Laboratoire de géologie, et de verser le montant de la 1/2 place avant samedi soir, à 4 heures.

HERBORISATION. — M. le professeur Gaston BONNIER dirigera sa prochaine herborisation le dimanche, 3 juillet 1887, dans la forêt de Villers-Cotterets, à Pierrefonds, dans la forêt de Compiègne, aux étangs de Saint-Pierre et à Vieux-Moulin. On se réunira à la gare du Nord, à 7 heures 10 minutes du matin et on sera de retour à Paris, à 10 heures 50 minutes du soir.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. le Dr GRANCHER a été nommé membre du comité consultatif d'hygiène publique, en remplacement de M. Gallard, décédé.

NÉCROLOGIE. — M. V. SCHROFF, ex-professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Vienne, vient de mourir à Graz le 17 courant, à l'âge de 84 ans. — M. le Dr J.-H. COSTE, médecin de la marine en retraite, décédé à Toulon le 26 juin 1887, à 92 ans. — M. DUROZIER, pharmacien distingué. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Bourland-Luderbourg, ancien secrétaire général de l'Association des médecins du Rhône. — Nous apprenons avec douleur la mort de M. le Dr Z. L. SABATIER, médecin aide-major de 1re classe, qui vient de succomber au Tonkin, le 19 juin 1887, à l'âge de 29 ans. Il était fils de notre distingué confrère M. Sabatier, de Védènes, Vaucluse.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 28. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 9 JUILLET 1887.

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE

Recherches faites à Amiens sur les restes d'un supplicié ;

Par MM. Paul REGNARD et Paul LOYE.

Des dispositions spéciales, dont nous sommes redevables à M. le professeur Brouardel et à M. le procureur général près la cour d'Amiens, nous ont permis, lors de l'exécution capitale qui a eu lieu le 15 juin dernier, d'examiner l'état de la tête du condamné (homme de 38 ans) deux secondes après la décapitation.

Le patient a montré, jusqu'au moment de la chute du couteau, la plus complète assurance et le plus grand calme. La tête, au moment de la décollation, a gardé la coloration rosée de la face, contrairement à ce qui arrive habituellement chez les suppliciés, lesquels commencent à pâlir dès qu'ils sont fixés sur la bascule. Ce fait est important à connaître pour déterminer l'état de l'individu au moment où le glaive l'a frappé.

Deux secondes après la décapitation la face a conservé cette coloration rosée. Les traits sont absolument immobiles ; les yeux se montrent grandement ouverts avec les pupilles moyennement dilatées ; la bouche est énergiquement fermée. La tête ne présente pas le moindre mouvement spontané, la moindre contraction fibrillaire. L'approche d'un doigt au-devant de l'œil reste sans résultat. Mais l'attouchement des globes oculaires ou de l'extrémité des cils provoque chaque fois, pendant les cinq premières secondes, un clignement des paupières aussi marqué que chez un homme vivant. Il ne s'agit là, du reste, que d'un simple acte réflexe. A la sixième seconde, ce réflexe ne peut plus être décelé.

Les mâchoires sont rapprochées l'une de l'autre; malgré de puissants efforts, il nous est impossible de les écarter. Le pincement de la peau est sans effet. Le tronc, lui non plus, n'est le siège d'aucun mouvement spontané ; il ne présente nulle part de trace de cette contracture que nous constatons dans les muscles des mâchoires.

Une minute après la décollation, la face commence déjà à pâlir : la bouche est toujours énergiquement close. L'approche d'une lumière au-devant de l'œil ne détermine aucun rétrécissement de la pupille : le réflexe irien n'apparait pas. Le tronc demeure toujours inerte et flasque : les carotides continuent à rejeter le sang resté dans l'arbre circulatoire. Le réflexe rotulien ne peut être provoqué.

Au bout de quatre minutes, la face est tout à fait exsangue ; les paupières supérieures sont à moitié tombantes ; la bouche est encore fortement fermée, mais il est cependant possible d'introduire l'extrémité d'un doigt entre les mâchoires. Les excitations sensorielles (cris aux oreilles, présentation de divers objets devant les yeux, pincement de la langue et de la peau) n'amènent aucun changement dans la physionomie. L'irritation de la moelle épinière, soit du bout encéphalique, soit de la portion rachidienne, au moyen d'une pince, ne produit de mouvement ni dans la tête, ni dans le tronc.

Nous avons ainsi observé les restes du supplicié, sans voir intervenir la moindre modification, pendant vingt minutes. A ce moment, nous avons commencé l'autopsie à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, en présence de MM. Lenoël, Mollien et Scribe, directeur et professeurs à l'Ecole de médecine, qui ont bien voulu faciliter nos recherches avec un empressement pour lequel nous leur exprimons toute notre gratitude.

Autopsie. — De cette autopsie, nous ne signalerons que les résultats qui nous intéressent au point de vue physiologique. Il serait en effet sans importance, dans le cas particulier, de décrire les lésions de pleurésie ancienne et les marques d'intoxication alcoolique que nous avons rencontrées.

A l'ouverture de la poitrine, le *cœur* battait encore. Le péricarde étant ouvert, nous constatons jusqu'à la vingt-cinquième minute après la décollation, des battements rythmiques très prononcés des ventricules et des oreillettes. Les mouvements des oreillettes seules persistent ensuite pendant quarante minutes. Le cœur a donc battu environ une heure après la décapitation. Le cœur était volumineux, à parois minces : il pesait 340 grammes. Les oreillettes contenaient un peu de sang spumeux mélangé de nombreuses bulles d'air. Les ventricules étaient à peu près vides : c'est à peine si quelques légers filets de sang poisseux étaient étendus entre les tendons des valvules. Au moment où l'ouverture du cœur a été faite (une heure après l'exécution), le ventricule gauche était très dur et contracturé : le ventricule droit était resté mou. Le sang contenu dans la veine cave inférieure n'était pas très noir.

Le *poumon* gauche présentait de l'emphysème sur les bords : cette lésion a du reste été constatée dans presque toutes les autopsies de guillotinés. Il contenait peu de sang et ne présentait aucune tache ecchymotique. Le poumon droit était masqué par des membranes de pleurésie ancienne.

Nous ne dirons rien de l'*estomac* qui contenait le café pris par le patient avant de marcher au supplice ; rien du *foie* qui était un peu cirrhotique, rien des *reins* qui étaient graisseux. — La *vessie* ne contenait pas d'urine.

L'ouverture du *crâne* nous montre les vaisseaux de la dure-mère assez bien remplis de sang. Au-dessous d'elle, nous constatons la présence d'une assez grande quantité d'air dans l'espace sous-arachnoïdien. Les vaisseaux de la pie-mère, surtout au niveau de la convexité du cerveau, sont remplis d'un sang mêlé de nombreuses bulles d'air. Ce sang est d'un beau rouge. Les artères de l'hexagone de Willis ne contiennent pas de sang. Il n'y a pas d'adhérences de la pie-mère. La substance corticale a sa couleur rosée habituelle : nulle part dans le cerveau n'existe un épanchement ou une hémorrhagie. Le cerveau pesait 1.270 grammes. — La section du cou avait été faite à la partie inférieure de la 4e vertèbre cervicale.

Rigidité cadavérique. — La rigidité n'a apparu dans le corps que trois heures après la décapitation, alors que la température rectale était de 33°. Elle s'est montrée dans les membres postérieurs : six heures après la mort, quand nous avons quitté la salle d'autopsie, les membres

antérieurs avaient conservé une flaccidité absolue et n'étaient pas encore rigides. Au moment de notre départ, la cornée n'avait pas encore perdu son poli.

Mécanisme de l'entrée de l'air sous l'arachnoïde et dans les vaisseaux cérébraux.—A l'instant de la décollation, l'élasticité artérielle des vaisseaux cérébraux tend à se satisfaire et les artères se vident en partie : de là, l'écoulement de sang qu'il est facile de constater par le bout périphérique des carotides et des vertébrales.

La cavité crânienne étant inextensible et incompressible, il faut, de toute nécessité, que quelque chose vienne remplacer le sang qui s'écoule. Voilà pourquoi l'air se trouve appelé dans l'espace sous arachnoïdien ouvert par la section même du cou; il y est appelé avec une force exactement égale à l'élasticité artérielle, c'est-à-dire à 15 centimètres de mercure environ.

Il est possible, d'ailleurs, de se rendre compte de ce fait par une expérience schématique. Dans un ballon de verre plein d'eau (*fig.* 1), représentant la cavité crânienne, se trouvent placées deux ampoules (B et D) de caoutchouc terminées par deux tubes de verre aboutissant à l'extérieur à travers le bouchon du ballon. L'une de ces ampoules (B) est gonflée et remplie d'un liquide qui représente le sang : le tube qui la termine est fermé par un robinet. L'autre ampoule (D) représente l'espace sous-arachnoïdien : elle est complètement vide, aplatie, et s'ouvre librement au dehors. Si l'on ouvre brusquement le robinet de la première ampoule, son élasticité la vide, le liquide s'écoule au dehors et l'on voit l'air pénétrer, en quantité exactement égale, dans l'autre ampoule (D) primitivement vide.

Fig. 1.

Quant à la pénétration de l'air dans les vaisseaux cérébraux, il serait possible de l'expliquer de la manière suivante : Immédiatement après la décollation, les petits vaisseaux se contractent et chassent le sang au dehors par les plaies artérielles; quand cette contractilité a cessé, les artères revenant sur elles-mêmes peuvent appeler dans leur intérieur une certaine quantité d'air qui, se mélangeant au sang, produit ces index que tous les observateurs ont signalés.

Conclusions : 1° Aucun signe de vie consciente n'a pu être décelé deux secondes après la décollation.

2° Les mouvements réflexes ont pu être provoqués par l'irritation de la cornée, jusqu'à la sixième seconde après l'exécution. Ces mouvements n'avaient pas été observés, croyons-nous, avant nos recherches.

Les battements du cœur ont duré pendant vingt-cinq minutes dans les ventricules, et pendant une heure dans les oreillettes.

3° A part les mouvements réflexes de l'œil, à part la contracture des mâchoires, à part les jets des carotides, on aurait pu croire que l'on venait de décapiter un cadavre, tant les restes du supplicié sont demeurés inertes après la décollation.

4° Cette mort calme et sans agonie est bien différente de celle que l'un de nous a récemment décrite d'après ses expériences sur les animaux. Ce n'est plus ici une mort par asphyxie, c'est plutôt une mort par inhibition analogue à celle qu'a si bien étudiée M. Brown-Séquard chez les animaux qui succombent à la suite de certaines irritations du système nerveux.

5° L'entrée de l'air sous l'arachnoïde est un phénomène d'ordre purement physique, en rapport avec l'écoulement d'une certaine quantité de sang en dehors de la boite crânienne.

RHINOLOGIE

Les névroses réflexes d'origine nasale ;

Par CALMETTES.

L'existence de névroses prenant leur origine dans la cavité du nez est aujourd'hui parfaitement démontrée, et il est temps de résumer la question pour les lecteurs du *Progrès médical*. Il est en effet prouvé que l'influence pathogène des affections nasales s'étend à l'organisme tout entier et la rhinologie ne peut plus être une spécialité fermée pour les cliniciens.

Depuis longtemps, on connaissait le rapport de l'asthme avec les polypes du nez (Voltolini). Mais c'est à Hack que revient l'honneur d'avoir démontré que les affections nasales peuvent entraîner à leur suite toute une série de manifestations qu'on a de la peine à leur rattacher tout d'abord.

Ces névroses se divisent en deux classes qui peuvent se combiner du reste: les névroses sur place et les névroses à distance. Dans la première catégorie nous trouvons ces éternuements qui durent parfois des heures entières et qui s'accompagnent d'écoulement nasal le plus souvent aqueux avec larmoiement et obstruction du nez. Les malades disent alors qu'ils « s'enrhument facilement du cerveau », car c'est aux changements de température, en sortant, d'autres fois en entrant dans un appartement chauffé, que les accidents se manifestent, mais en réalité ils sont porteurs d'un coryza chronique le plus souvent hypertrophique avec des poussées qui ne constituent nullement l'affection principale. Ils guérissent parfaitement par la destruction au galvano-cautère des parties hypertrophiées. Si l'accès ne disparaît pas le soir, la nuit est très pénible et il survient de l'asthme nasal dont nous parlerons tout à l'heure. Les névroses à manifestation nasale revêtent souvent la forme de la fièvre des foins où l'affection revenait tous les ans. Disons une fois pour toutes que le rapport de l'état du nez avec les névroses est toujours démontré par le résultat du traitement.

Nous trouvons ensuite les névroses de voisinage, celles qui siègent sur une ou plusieurs branches du trijumeau, par exemple la névralgie sus-orbitaire. Puis les différentes céphalalgies, migraine, céphalalgie frontale, occipitale, etc. On observe aussi des névroses vaso-motrices, la rougeur du nez et des joues, simple, œdémateuse, érysipélateuse, fugace ou prolongée, pouvant entraîner à sa suite l'acné rosacea. E. Frankel et Schuh ont observé le strabisme. Hack et Lœwe l'épilepsie et le vertige. La toux est une manifestation très ordinaire. Elle survient la nuit, dure souvent plusieurs heures. Elle est due à un chatouillement du larynx : les poumons et les bronches sont sains. J'en ai observé un cas très net. La réduction du cornet inférieur du côté droit fit disparaître une « toux d'irritation » qui durait depuis plusieurs années. On trouve ensuite les manifestations du côté du pharynx et du larynx : douleur en avalant, sans lésion, gêne de la parole, et surtout raucité de la voix par défaut de tension des cordes vocales, principalement chez les femmes. Le réflexe peut s'étendre plus loin vers les poumons et déterminer de la bronchite à marche ra-

pide. J'ai vu un enfant de 8 ans qui depuis l'âge de 2 ans offrait des crises d'éternuement, jusqu'à 20 et 30 de suite au réveil et surtout en se couchant. Elles étaient très rares à Paris, mais quand il allait chez des parents à Passy, les accès étaient intenses. Tant qu'il restait en bas dans la salle commune il n'éprouvait rien, mais quand il entrait dans sa chambre pour se coucher, les éternuements le prenaient; tantôt trois ou 4, tantôt s'il faisait un peu froid, ou si la fenêtre était ouverte ils pouvaient durer 1 h. 1/2 avec larmoiement et étouffements; il en était de même quand il séjournait à Barbizon. On ne pouvait remarquer, du reste, aucune influence saisonnière. C'était souvent là le début d'une bronchite subite avec râles sibilants disséminés mais prédominant dans un poumon. Il y avait deux ou trois jours de fièvre, puis plusieurs jours de rhume. Ainsi, l'enfant partait bien portant pour Barbizon : il dinait, puis, au moment de se mettre au lit il était pris d'accès d'éternuements et la bronchite apparaissait avec de la fièvre. L'examen du nez fit voir une hypertrophie énorme des cornets inférieurs : l'application de la cocaïne avec le pinceau d'ouate provoquait les éternuements et le larmoiement qui survenaient spontanément dans les circonstances susdites. Trois séances ramenèrent la muqueuse à un état presque normal. Aujourd'hui, au bout de 5 mois, il n'y a pas eu de bronchite depuis la première cautérisation : quelquefois les éternuements surviennent dans les mêmes circonstances qu'autrefois, mais la crise avorte toujours au bout de deux ou trois coups. Il reste un peu d'hypertrophie du côté droit; nul doute qu'on ne supprime complètement les éternuements qui subsistent par une nouvelle cautérisation.

Cette névrose réflexe des bronches peut se manifester sous forme d'asthme; le spasme bronchique est dû à l'excitation du pneumo-gastrique au niveau de la muqueuse nasale malade et il n'est pas, comme on le croyait autrefois, la conséquence exclusive des polypes du nez. Du reste l'asthme nocturne d'origine nasale n'est pas dû à l'oblitération du nez; ce qui le prouve, c'est qu'il est plus rare quand il y a des polypes qui bouchent le nez que lorsque le nez est encore perméable. Il est plutôt dû à l'excitation du tissu érectile par de petits polypes ou à l'intoxication du sang par l'acide carbonique suite de respiration nasale insuffisante.

Enfin les reflexes peuvent encore se faire du coté du plexus cervico-brachial (névralgie de l'épaule, douleur dans la poitrine). Sommerbrod a vu des réflexes du côté des nerfs cutanés, refroidissement, frissons avec pâleur de la peau, ralentissement et même intermittence des battements du cœur.

Ces faits s'expliquent par les expériences de Kratschmer sur les lapins. Les réflexes des cornets produisent le spasme des vaïsseaux cutanés, avec augmentation de la tension artérielle et intermittence cardiaque. On voit toute l'importance de ces découvertes cliniques et combien il est nécessaire d'explorer un organe auquel on accorde généralement bien peu d'attention.

Nouveaux-Journaux. — Nous recevons les premiers [illegible] du *Journal fur Zahn heilkunde*, redigé par le Dr E. [illegible] Breslau. Il paraît deux fois par mois. — Nous [illegible] aussi le premier numéro de la *[illegible]* publié à Madrid [illegible] de MM. [illegible] — Nous apprenons d'autre part la fondation d'un [illegible] journal medical intitulé : *Nashvill Medical News*, dirigé par MM. R. Douglas et J.-W. Mac Allister

PATHOLOGIE NERVEUSE

Hyperhémie chronique du cerveau et de la moelle épinière ;

Par le Dr **LANGEVELD** (de Zwolle, Pays-Bas).

Il est peut-être de quelque utilité d'appeler l'attention de mes confrères sur le cas suivant d'hyperhémie chronique du cerveau et de la moelle épinière, et sur le traitement que j'ai suivi.

Dans les derniers mois de 1886 je fus appelé chez un certain M. J. Jo....., sous-maitre, qui habite maintenant à Génemuiden (Pays-Bas). Le jeune homme souffrait depuis plusieurs mois d'une maladie dont voici l'exposé.

Nous avons d'abord appris qu'il était âgé de 22 ans, que sa famille était saine et sans maladie héréditaire, qu'il n'a pas été malade dans sa jeunesse, n'a jamais eu de maux de tête et qu'il a été élevé pour être instituteur. Après avoir suivi des cours préparatoires aux écoles normales à Déventer et à Kampen, il obtint, en septembre 1879, une bourse à l'école normale de Déventer où il devait passer quatre années avant de pouvoir subir l'examen de sous-maître. C'est alors qu'il s'aperçut que ses études préparatoires n'avaient pas été suffisantes et qu'il était bien en retard sur ses condisciples; il s'efforça de les rattraper à force de travail. Dans les premiers temps il se porta assez bien, sa santé ne parut pas en souffrir, mais dans sa quatrième année il fut atteint de mélancolie et de maux de tête. Vers l'époque de l'examen, le mal de tête fit des progrès assez grands, et surtout au moment où il apprit que l'examen serait avancé de six mois. Pendant plusieurs jours il ne put travailler, mais ensuite il travailla d'autant plus et passa son examen avec succès. Cependant le mal de tête avait empiré; il résista à des vacances de quinze jours et à un traitement médical. En juillet 1883 il devint sous-maître à Vogelenzang, mais la céphalalgie persista et ne diminua pas lorsqu'il fut placé à Amsterdam. Bientôt sa santé avait tellement empiré qu'il dut renoncer à sa place en juillet 1886, son état mental ne lui permettant plus de donner des leçons. Il se rendit à Béthesda, à Laag-Sœren où l'usage continuel des bains froids ne fut pas favorable à sa maladie nerveuse. Il ne pouvait presque plus marcher, son sommeil était fort irrégulier et il était incapable de toute tension d'esprit si bien qu'il retourna chez ses parents dans un état assez déplorable.

Au commencement du mois de décembre 1886 je fus appelé chez le patient et je trouvai en lui un parfait spécimen de ce surmenage scolaire, si clairement décrit par M. Féré dans les derniers numéros du *Progrès médical*, et si correctement représenté par l'hyperhémie chronique du cerveau et de la moelle épinière. Le patient avait l'air bien portant; les différents organes fonctionnaient régulièrement et, excepté une myopie des deux yeux qui s'était développée depuis les dernières années, tous les symptomes se bornaient aux organes du système nerveux central. Il accusait un mal de tête fort lourd et pressant qui s'étendait aussi le long de toute l'épine dorsale. Il était d'humeur fort mélancolique; du reste le cours de ses idées était fort régulier, mais il ne parlait pas cinq minutes qu'il prétendait ressentir une sensation violente, chaude, montant surtout de la partie gauche de sa tete; a la suite d'un effort si insignifiant, il était incapable de parler davantage de toute la journée. A ce moment, il n'était plus en état de lire ni d'é-

crire, ce qui était d'autant plus triste qu'il connaissait parfaitement son état. La marche lui était aussi assez difficile et elle devenait impossible après avoir fait vingt-cinq pas; alors il ressentait une sensation de chaleur dans toute la région lombaire, signe d'une congestion de la moelle lombaire interrompant la fonction des nerfs lombaires sensibles et moteurs. La thérapeutique, qu'on avait appliquée durant les dernières années (des douches froides, un vésicatoire sur le bras, du repos d'esprit, l'usage interne de Jodetum Kalicum, Liquor Fowleri, Tinctura Acida Aromatica) n'ayant donné aucun résultat, je fixai alors mon attention sur la circulation dans le plexus venosus vertebralis; Breschet nous a montré si clairement les différentes voies par lesquelles les veines du plexus venosus internus se rallient à celles du plexus externus le long de la colonne vertébrale que je crus pouvoir en profiter pour mon pauvre malade en faisant des dérivations le long du dos entier. Cette méthode de traitement, jointe à une diète fort sévère, les selles étant régularisées en faisant souvent usage de Sulphas Sodae, a eu en effet un résultat si heureux que notre patient a repris ses fonctions complètement guéri. C'est pour cela que je ne crois pas sans intérêt d'entrer dans quelques détails. Je plaçai un vésicatoire le 10 décembre dans la région du sacrum de la grandeur de la paume de la main; ensuite la plaie fut tenue ouverte par l'Ungt-Autenriethii, jusqu'à ce qu'elle fut devenue si profonde qu'elle pénétra à peu près jusqu'à l'os; puis un deuxième vésicatoire fut appliqué un peu plus haut aussi dans la région sacrée. Il était fort intéressant de contrôler comment les douleurs violentes qui résultèrent des deux vésicatoires alors très grands diminuèrent régulièrement le mal de tête et du dos. Peu à peu la santé revint; mais si l'on oubliait un jour l'Ungt-Autenriethii, aussitôt le malade faisait une rechute; on pouvait même juger de la quantité du Tart-Eméticus dans l'onguent par ce moyen. Au commencement de 1887 le malade pouvait déjà un peu lire, converser, marcher, et même écrire des cartes postales. Les deux plaies étaient profondes, suppuraient assez et nous forçaient de choisir une autre place d'application. Deux cautères semblables furent pratiqués dans la région de l'omoplate gauche. Cette méthode de traitement assez incommode, douloureuse et de longue durée, put être continuée sans danger parce que tous les symptômes de stase disparurent de plus en plus. Le patient pouvait déjà faire de longues promenades et même aller à patins. La céphalalgie a complètement disparu (1er mai 1887); il écrit maintenant de grandes lettres, lit et étudie déjà avec plaisir et reprendra vraisemblablement dans un mois ses fonctions de sous-maître à Amsterdam. Les plaies étaient déjà cicatrisées dans les derniers quinze jours grâce à un pansement de vaseline iodoformée.

Faculté de médecine de Paris. — Travaux pratiques d'histologie. — La commission scolaire a décidé que les travaux pratiques d'histologie auraient lieu pendant le semestre d'hiver pour les élèves de 3e année, de 1 heure à 3 heures. En été, pour les élèves de 2e année, de 1 heure à 2 heures. Jusqu'à présent, c'est l'inverse qui avait lieu. Grâce à cette nouvelle combinaison, les élèves de 3e année, qui passent généralement leur examen d'histologie à Paques, pourront se présenter en ayant à leur actif un semestre d'exercices en plus.

Faculté de médecine de Nancy. — Dans sa séance du 21 mai, la Faculté a demandé la transformation des deux cliniques annexes de maladies syphilitiques et de maladies cutanées, en cliniques annexes des maladies syphilitiques et cutanées et des maladies des enfants. Elle a proposé MM. Schmitt et Simon, agrégés.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Budget de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Dans une série d'articles, le *Progrès militaire* entreprend de reviser le budget de la guerre. Si le but est louable, il est permis de dire que l'auteur de ces articles ne paraît connaître qu'imparfaitement le sujet qu'il a traité. Nous avons remarqué les passages du numéro du 15 juin, où l'Ecole du Val-de-Grâce est tout spécialement prise à partie par le rédacteur, qui commet, à son égard, des erreurs si graves qu'il importe de les relever. Au moment où l'opinion générale réclame non plus une seule Ecole d'application de la médecine militaire, mais aussi notre ancienne institution de Strasbourg, l'Ecole du service de santé, il est nécessaire de démontrer avec quelle économie est conduite l'administration du Val-de-Grâce et comment les chiffres mis en évidence par le *Progrès militaire* sont erronés et peuvent être dangereux.

Dans un premier passage de cet article, dans un tableau où les différentes Ecoles militaires sont comparées entre elles, nous trouvons tout d'abord un titre qui est, à la vérité, une merveille : « Frais d'instruction et fournitures de bureau, lithographie ! » L'Ecole du Val-de-Grâce figure à ce titre pour 81.149 francs. Eh bien! c'est une erreur capitale; le Val-de-Grâce, dans cette somme, ne touche que 18.149 francs et des autres 63.000 francs, rien n'entre à l'Ecole de médecine militaire; cette dernière somme est destinée à payer les inscriptions des étudiants élèves du service de santé, en province ou à Paris.

Le rédacteur, joignant une nouvelle erreur à la première, ajoute : « que ces frais d'inscription ne figurent que pour 12.000 francs (p. 1071, Livre bleu). Il n'a pas vu que ces 12.000 francs étaient au titre des recettes et provenaient de sommes restituées par quelques médecins et élèves démissionnaires avant l'expiration de leur engagement. Toute son argumentation sur ce chapitre est donc nulle, et il nous paraît avoir imparfaitement compris les indications du Livre bleu.

Continuant sa campagne, l'auteur porte, en bloc, le budget du Val-de-Grâce à 369.783 fr. + 284.525 fr., soit total = 654.708 fr. et, comme le Val-de-Grâce ne contiendra, d'après le Livre bleu, que 60 stagiaires en 1888, en divisant 654.708 par 60, on arrive au quotient de 10.911 fr. 80 c. pour le prix de revient de chaque aide-major stagiaire sortant du Val-de-Grâce. L'étonnement, s'il en était ainsi, serait légitime, et plus d'un médecin demanderait à faire un stage perpétuel au Val-de-Grâce. » Mais cette exposition sommaire est si incomplète qu'il importe de la rectifier. Comment le rédacteur arrive-t-il à ce total? En additionnant le budget de l'Ecole (matériel) avec la solde du personnel. Etudions d'abord ce premier total, 284.924, formant le budget (matériel) apparent du Val-de-Grâce. Si l'auteur avait poussé l'analyse un peu plus loin, il aurait vu d'abord (p. 1416) une somme de 41.924, intitulée : « Dépense considérée comme frais généraux de l'Ecole. » Or, c'est là le véritable budget du Val-de-Grâce; il vit avec ces 40.000 francs.

La deuxième partie des 284.924 francs, soit 243.000, est entièrement absorbée hors du Val-de-Grâce, par :

1° Les frais d'inscription et d'études en province (63.000 francs), ce que le budget indique comme frais universitaires, fournitures de bureau, etc.; 2° par l'indemnité à 150 *stagiaires dans les Facultés*, c'est-à-dire par l'indemnité de 1.200 francs accordée aux élèves du service de santé, en province, ayant 13 inscriptions (1). Nul n'ignore que ces dépenses sont justifiées par les difficultés du recrutement du corps de santé militaire. L'expérience a prouvé que les étudiants en médecine ayant fait leur étude, à la charge complète de leur famille, n'entraient pas dans la médecine d'armée. Grâce à cette subvention de la dernière année, grâce au payement des inscriptions et frais d'études, le concours fournit aujourd'hui à peine un nombre d'élèves suffisant. Depuis longtemps, depuis la Crimée, l'appel direct aux docteurs civils n'a rien donné. Ces 243.000 francs forment donc une dépense de première mise pour assurer le recrutement des officiers du corps de santé, et encore le nombre des présents ne permet-il pas de pourvoir à toutes les vacances. Si le rédacteur du *Progrès militaire* veut ouvrir l'Annuaire de 1887, il verra que dans les rangs des médecins militaires de l'armée active, il manque encore 50 aides-majors de 1re classe, 12 médecins majors de 2e classe, 27 de 1re et 6 médecins principaux de 1re; en tout, 95 médecins! Cette démonstration légitimera, nous le pensons, la première dépense de 243.000 francs; mais, encore une fois, le Val-de-Grâce n'en bénéficie nullement à son budget. Les Facultés de province en tirent un premier bénéfice, en comptant plus d'élèves sur leurs bancs.

Le critique continue : « Ils sont 18 professeurs ou agrégés et 2 comptables pour 60 élèves. Il y a, en outre, 25 sous-officiers et soldats nourris, ce qui fait 45 personnes pour 60 élèves. Des abus de ce genre produisent la plus fâcheuse impression dans le Parlement!

Arrivent les conclusions : « On peut enlever ici 100.000 francs au moins : 3 professeurs et 6 agrégés suffisent pour donner un enseignement très complet. Du reste, *tous les professeurs devraient faire un service dans les hôpitaux comme le font les professeurs civils de la Faculté*. Depuis dix ans, les commissaires, les rapporteurs, les inspecteurs généraux et deux sous-secrétaires d'Etat ont demandé *la diminution des dépenses de l'Ecole du Val-de-Grâce*. On n'a tenu aucun compte ni de leurs observations, ni de leurs rapports. »

Nous avons tenu à citer textuellement cette appréciation peu bienveillante du critique; mais nous nous faisons aussi un devoir de démontrer que ces lignes contiennent autant d'erreurs que de phrases.

Et d'abord le desideratum signalé, le *service à l'hôpital*, est pratiqué depuis la fondation du Val-de-Grâce. Toujours les professeurs et les agrégés ont traité les malades de l'hôpital en même temps qu'ils faisaient leurs cours à l'École. Le Directeur lui-même fait l'inspection de plusieurs corps d'armée en temps voulu. Sur ce sujet donc, mieux que dans les Facultés où un grand nombre de professeurs ne sont pas cliniciens, l'auteur a satisfaction depuis trente ans!

Le nombre des professeurs excite son indignation. Mais examinons de près le personnel réellement attribuable à l'école du Val-de-Grâce. Nous avons rappelé au critique qui l'ignorait, les doubles fonctions des professeurs ayant leur service à l'hôpital. Or si nous calculons, d'après l'effectif des malades, le personnel médical et pharmaceutique nécessaire au Val-de-Grâce, d'après l'état du même personnel dans les autres hôpitaux militaires, nous trouvons qu'en 1885, par exemple, le Gros-Caillou avec 600 malades comptait 10 médecins ou pharmaciens; Vincennes, 532 malades, 9 médecins ou pharmaciens; Saint-Martin, 516 malades, 9 médecins ou pharmaciens; Versailles, 650 malades, 10 médecins ou pharmaciens; le Val-de-Grâce, avec 750 malades, devrait contenir 12 médecins ou pharmaciens. Le chiffre des professeurs et agrégés de l'École est aujourd'hui de 14, y compris le Directeur. On peut y ajouter 3 aides-majors chargés de la surveillance à l'École et de service également à l'hôpital. L'excédent du personnel se trouve donc réduit à cinq officiers du corps de santé dont trois du grade d'aide-major. Voilà cette accumulation! Voilà « ces abus qui produisent, paraît-il, la plus fâcheuse impression dans le Parlement. » Nous avons démontré que sur la première partie du budget de l'École (matériel) s'élevant soit-disant à 284,924 fr., le Val-de-Grâce ne recevait que 41,924 fr. — La 2e partie de ce budget (personnel) au total de 369,783 fr., comprend toute la solde des officiers et soldats de l'École, plus le traitement des aides-majors stagiaires, élèves, et nous avons dit que tous les professeurs et agrégés, le directeur lui-même, avaient double service. En fait c'est l'*indemnité dite d'Ecole* qui représente seule les frais d'instruction au Val-de-Grâce : nous trouvons cette indemnité (p. 1488) figurant pour 23,706 fr. répartis entre 20 officiers : médecins, pharmaciens, officiers d'administration. Avec la plus stricte rigueur, le budget attribuable à l'École-de-Médecine militaire se solde donc par 41,924 + 23,706 = 65,630. Dépassant alors les conclusions du *Progrès militaire*, ce n'est pas 100,000 francs qu'il faut retrancher, mais bien, en chiffres ronds 590,000 francs : le Val-de-Grâce ne coûtant réellement à l'État que 65,000 francs. Le nombre des *stagiaires* étant de 60 prévus en 1888, le prix de revient sera de 1093 francs et non pas de 10,911 francs 80 c., comme l'écrivait le directeur du *Progrès militaire* : c'est juste 10 fois moins.

Qu'on nous pardonne cette réfutation un peu longue; mais aujourd'hui la puissance de la presse, et, en particulier, des journaux militaires est telle, surtout dans les questions se rapportant au ministère de la guerre, au budget, qu'il nous a semblé dangereux de laisser s'accréditer des erreurs aussi graves. Il nous a paru utile de prouver aux médecins placés dans nos assemblées législatives que nul abus n'avait été commis et que la parcimonie la plus étroite dictait toutes les dépenses de cet établissement.

En terminant nous en donnerons comme témoignage le dernier article de la p. 1416 (matériel) intitulé : *Entretien du laboratoire d'histologie*. Dans la maison où Villemin fit la grande découverte de la contagion tuberculeuse, le Ministre de la guerre n'a pas voulu donner un sou pour les travaux d'histologie. Le Val-de-Grace n'a rien à son budget 1888 pour les études micrographiques ou microbiennes.

(1) *Rapport ministériel*, 15 juin 1880.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. HERVÉ-MANGON.

MM. HANRIOT et Ch. RICHET étudient *l'influence du travail musculaire sur les échanges respiratoires*. La ventilation pulmonaire se proportionne au travail produit : si l'on enregistre, minute par minute, le taux de cette ventilation, on reconnaît aussitôt, dans la minute pendant laquelle l'individu s'est levé, ou même simplement a levé un bras, une augmentation appréciable. Dans le travail modéré, la ventilation est plus que suffisante pour l'excrétion de l'acide carbonique produit et surtout pour l'absorption de l'oxygène nécessaire. Dans le travail fort, les proportions centésimales d'acide carbonique et d'oxygène s'élèvent un peu, et cela d'autant plus que le travail est plus fort ; mais c'est surtout la proportion de l'acide carbonique qui s'accroît. Par le fait du mouvement musculaire, l'acide carbonique produit croît plus que l'oxygène absorbé, et le rapport de l'un à l'autre gaz tend même à dépasser l'unité, alors qu'à l'état normal il est de 0.75 environ.

MM. R. DUBOIS et L. ROUX ont étudié l'*action du chlorure d'éthylène sur la cornée*. Les cornées restent transparentes tant que dure l'inhalation de cet agent anesthésique : mais, au bout de seize heures, elles prennent une teinte bleuâtre opalescente sans que les vapeurs aient pu arriver au contact de l'œil. La tension du globe de l'œil est exagérée ; la courbure de la cornée est manifestement augmentée, surtout suivant le méridien vertical. L'aspect général est celui d'un staphylome antérieur total, opaque et symétrique des deux yeux. La vision est conservée, mais elle est troublée par l'opalescence cornéenne On est en droit de se demander s'il ne s'agit pas ici d'une déshydratation de la cornée, plus prononcée pour certains éléments de cette membrane, M. Dubois ayant démontré l'action déshydratante des vapeurs anesthésiques.

MM. CORNIL et TOUPET adressent une note sur la *karyokinèse des cellules épithéliales et de l'endothélium vasculaire du rein observée dans l'empoisonnement par la cantharidine*. Dans les premiers degrés de l'intoxication aiguë, on observe seulement des tuméfactions et des désintégrations de cellules qui se mortifient et non une véritable prolifération. Pour que cette dernière ait le temps de se produire, l'empoisonnement doit être lent : on peut alors suivre dans certaines cellules des tubes contournés et droits toutes les phases classiques de la division des cellules. Les cellules du rein entrent donc en karyokinèse, comme l'avait dit Nauwerk et Ziegler, pour remplacer celles qui sont détruites par l'inflammation dans les néphrites.

M. V. FELTZ communique les résultats de ses recherches sur le *pouvoir toxique des urines pathologiques non fébriles*. Les urines glycosuriques, tant qu'il n'y a pas état cachectique, ne sont pas plus toxiques que les urines normales. Au contraire, les urines ictériques par suite de maladies organiques du foie, les urines albumineuses pour cause de lésions rénales graves et les urines provenant d'individus atteints de cachexie cancéreuse ou d'anémie grave, sont beaucoup plus toxiques que les urines normales. Il ne s'agit pas toutefois d'une adjonction de principes nocifs nouveaux, mais seulement d'une augmentation des principes nocifs des urines physiologiques.

M. GALTIER examine l'*emploi des sangs frais dans la clarification des vins, au point de vue de la transmission possible de la tuberculose à l'homme*. Le sang des animaux tuberculeux est quelquefois virulent. Les liqueurs alcooliques, les vins qui marquent 6° à 12° d'alcool stérilisent-ils les germes contenus dans le sang qu'on emploie pour les clarifier, et n'y a-t-il aucun danger dans leur usage? Le virus tuberculeux résiste un certain temps à l'action de l'alcool. L'inoculation de vins tuberculisés est sans résultat quand il s'est écoulé un an, un mois, quinze jours ou même quatre jours depuis l'addition de la matière tuberculeuse : mais, quand on s'est servi de vins tuberculisés depuis quelques heures, depuis deux ou trois jours, les inoculations ont amené la tuberculose du lapin.

MM. P. REGNARD et P. LOYE, dans une note présentée par M. CHARCOT, font connaître les résultats des *recherches qu'ils ont faites sur un supplicié* (voir p. 19). P. LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 juillet 1887. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. M. DUVAL a fait sur le placenta du lapin des recherches analogues à celles qu'il a entreprises sur le placenta du cobaye et qui ont été communiquées à la Société ; dans les deux espèces, le développement du placenta se fait d'une façon analogue.

M. CHOUPPE a cherché à vérifier la proposition émise par M. G. Sée, à savoir que l'antipyrine diminue l'excitabilité réflexe de la moelle épinière. Ses recherches sur le strychnisme lui permettaient de conduire l'expérience avec fruit, la strychnine exagérant à un suprême degré cette excitabilité. De ses expériences, il résulte que l'injection dans la veine saphène, d'une dose suffisante d'antipyrine, empêche le strychnisme de se produire, et que lorsque l'intoxication s'est déjà montrée, on peut en combattre heureusement les effets en injectant de l'antipyrine.

M. GLEY a fait des expériences analogues à celles de M. Chouppe, expériences sur lesquelles est basée la partie physiologique de la note de M. G. Sée, mais il a aussi vu qu'en injectant dans la veine des doses considérables d'antipyrine, on produisait des convulsions assez analogues à celles de la strychnine.

M. BROWN-SÉQUARD fait remarquer l'avantage que l'on a d'associer deux substances : l'antipyrine permet à la strychnine d'être tolérée, de même ainsi qu'il a montré que l'addition de bromure d'ammonium au bromure de potassium fait cesser le bromisme et augmente en même temps les effets thérapeutiques.

MM. GLEY et LAPICQUE complètent l'exposé de leurs expériences sur l'action de l'*Inée* dans le système nerveux. C'est un poison bulbaire dont l'action sur les nerfs périphériques n'est pas encore complètement élucidée.

M. DASTRE apprend à la Société qu'il a réussi à produire une fistule cholécysto-intestinale, et il montrera ultérieurement l'animal qui en est porteur ; il présente en outre un petit appareil qu'il a fait construire pour faire des fistules occipito-altoïdiennes.

M. RETTERER étudie le *développement de la charpente du gland chez certains mammifères*.

M. LABORDE dépose une note de M. Lépine (de Lyon) sur l'*action du furfurol*.

M. LOYE et REGNARD communiquent le résultat de leurs recherches sur un supplicié (Voir *Académie des Sciences*, séance du 20 juin 1887.) GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juillet 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. PASTEUR dépose sur le bureau de l'Académie le rapport de la commission anglaise sur le *traitement prophylactique de la rage*. Ce rapport contient une série de faits expérimentaux entrepris depuis plus d'une année, par les savants les plus autorisés de l'Angleterre, dans le but de contrôler les travaux de M. Pasteur. Ces faits, multipliés et interprétés, viennent ratifier tout ce que M. Pasteur a avancé sur le traitement prophylactique de la rage.

M. PETER, après avoir rappelé qu'il a signalé les dangers de la méthode intensive, constate que cette méthode a été modifiée, à tel point qu'on n'ose plus inoculer le troisième jour la moelle fraîche d'un jour. Malgré tout, M. Peter affirme que la méthode mixte elle-même, ne peut être con-

tinuée sans dangers et base son affirmation sur l'exemple d'un individu qui, mordu le 29 mai, fut inoculé le même jour à l'institut Pasteur et mourut 35 jours après sa morsure.

M. Pasteur réplique qu'aucune preuve sérieuse n'a été donnée de l'inefficacité de la méthode antirabique et que la commission anglaise, au contraire, vient de proclamer son efficacité. Aucune preuve scientifique n'a été donnée pour démontrer le danger de cette méthode. Il n'y a qu'une preuve de la mort par la rage, c'est l'inoculation du bulbe de l'individu mort d'une rage paralytique ou autre à des lapins ou à d'autres animaux. Le rapport de la commission anglaise rétablit les faits dans leur pureté scientifique et détruit les assertions erronées de MM. de Fritsch, de Renzi et Amoroso, Abreu. M. Pasteur déclare qu'il ne veut pas entrer en discussion à propos de la rage, avec M. Peter, parce qu'il le juge incompétent et qu'il le jugera tel, tant qu'il n'aura pas fait d'expériences. M. Pasteur trouve étrange, qu'après 7 à 8 années d'observations consécutives sur la rage, il soit possible de voir une personne venir dire devant une Société académique de médecine, que tout ce qui a été fait est inefficace et dangereux, alors que cette même personne n'a, par devers elle, aucune expérience pour appuyer une pareille affirmation.

Election d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale. Votants : 71, majorité : 36. Au premier tour de scrutin, M. Ollivier est élu par 58 voix, contre M. Magnan, 8 ; M. Motet, 4 ; M. Laugier, 1.

M. Colin (d'Alfort) fait une communication sur le *surmenage intellectuel* et déclare qu'il n'est pas nécessaire d'appeler l'attention des pouvoirs sur la question du surmenage intellectuel, qu'il n'y a pas lieu de réclamer l'intervention législative. Le ministère doit être investi du pouvoir suffisant pour régler la durée des classes, l'étendue des cours et pour mettre les programmes en rapport avec les exigences des enseignements. Il faut réglementer l'enseignement de façon à obtenir de la jeunesse de fortes et sérieuses études pour conserver leur niveau aux hautes professions.

M. M. Perrin, reprenant la communication de M. Peter sur le surmenage intellectuel, estime que le mal de tête, si fréquemment invoqué, se trouve lié à des phénomènes d'asthénopie accommodative. Il s'agit là d'un surmenage oculaire, auquel la fatigue du cerveau est étrangère.

L'Académie se constitue en *Comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Mathias-Duval sur les titres des candidats à une place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

La Commission présente en première ligne, M. Laborde; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Franck et Gréhant; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hénocque, Regnard et Rémy.

Albert Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 juillet 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Lannelongue présente au nom de M. Després une petite fille qui a présenté un kyste dermoïde fistuleux du dos du nez. Il a vu récemment chez un gendarme un cas semblable.

M. Th. Anger a opéré dernièrement un cas analogue.

M. Verneuil dépose sur le bureau une observation de blessure pénétrante du crâne par arme à feu ; elle a été succinctement publiée en 1885 dans le *Courrier médical* par un médecin de province.

M. Trélat cite le fait suivant : un homme reçoit dans la région frontale droite une balle de revolver n° [illegible]. Saignement de nez abondant, sonde enfoncée à 12 centimètres par un médecin, aucune syncope, aucune convulsion, en somme rien à noter comme accidents initiaux ou consécutifs au point de vue des phénomènes cérébraux. En raison de ces signes et de l'importance de l'épistaxis, M. Trélat dit que la balle siège soit dans les sinus sphénoïdaux, soit dans les sinus ethmoïdaux. Pas d'opération. Bientôt un abcès se forme au front; on l'ouvre, on retire des esquilles et enfin la balle qui était logée dans le sinus sphénoïdal. M. Trélat insiste sur la façon dont il a fait le diagnostic et la possibilité de trouver dans la face une balle qu'on croit dans la cavité crânienne.

M. Berger insiste sur la difficulté de faire le diagnostic du trajet suivi par la balle. Il a vu un étudiant en médecine qui, s'étant tiré un coup de revolver au milieu du front, eut de suite une cécité totale et absolue, sans syncope. Plus tard, on retrouva dans les gardes robes la balle qui avait coupé probablement le chiasma des nerfs optiques, perforé la base du crâne, butté contre la colonne vertébrale et qui, en fin de compte était tombée dans l'œsophage.

M. Polaillon appuie ces idées. Dans un cas où 2 balles de revolver pénétrèrent dans le crâne par la région temporale, il observa de l'exophthalmie et une cécité qui diminuèrent peu à peu (une balle logée dans l'orbite) ; ce qui prouve que le nerf optique ne fut pas coupé. L'autre balle a été se loger on ne sait où. Il n'y eut pas de syncope lors de l'accident. Le malade va bien aujourd'hui, 10 jours après l'accident.

M. Terrillon a publié un cas très intéressant dans lequel il trouva la balle avec l'appareil Trouvé à 2 cent. 1/2 de profondeur, balle qu'il parvint à extraire.

M. Berger fait un rapport sur un travail de M. Reynier intitulé : *Valeur pronostique des réflexes musculaires et du réflexe rotulien en particulier chez les diabétiques à opérer.* — M. Bouchard a démontré le premier que le réflexe rotulien disparaissait souvent chez les diabétiques. M. Reynier, de son côté, dans les cas qu'il a observés, a constaté que chez les diabétiques le réflexe rotulien pouvait ne pas avoir disparu, être diminué ou être totalement absent. Si on a à opérer un diabétique, il croit qu'il faut rechercher avec soin l'état de ces réflexes. L'absence de ce réflexe rotulien doit empêcher le chirurgien de toucher à un diabétique, à moins d'urgence absolue. On sait que des diabétiques succombent, tandis que d'autres guérissent lors de complications identiques et que, d'autre part, la quantité de sucre n'a rien à voir avec la gravité d'une complication. Jusqu'à présent, on ne savait donc pas à quoi s'en rapporter pour savoir quand oui ou non on devait opérer un diabétique. M. Reynier croit avoir trouvé un criterium dans l'état des réflexes.

M. Berger cite des observations qui confirment ces idées.

M. Verneuil fait ressortir l'intérêt de ces recherches.

M. Terrier fait remarquer que les faits cités par M. Reynier peuvent être classés en deux groupes : 1° Ceux dans lesquels il s'agit de complications chirurgicales survenant chez des diabétiques; dans ce cas la situation est toute créée. 2° Ceux dans lesquels il a été fait une opération, même légère, chez un diabétique pour une affection quelconque. Dans ces cas, on fait bien d'opérer, mais à condition de se souvenir que le diabétique est un parfait terrain de culture pour tous les microbes, et qu'il faut prendre les plus grandes précautions antiseptiques pour ne pas avoir de suppuration. On doit opérer les cataractes diabétiques, si l'on est sûr de son antisepsie. En ce qui concerne les complications chirurgicales et leurs rapports avec l'état des réflexes, tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elles paraissent devoir être très graves quand l'absence des réflexes est constatée. Le mémoire de M. Reynier montre que chez tout diabétique il faut rechercher la présence ou l'absence des réflexes, mais c'est là de la pathologie médicale.

M. Berger ajoute que la diminution ou la perte des réflexes a été observée aussi chez les alcooliques, les diphthériques, dans le coma urémique. Il répond à M. Terrier que tous les renseignements fournis par le médecin sur ces diabétiques, y compris l'état des reflexes, seront toujours très précieux pour le chirurgien.

M. Tachard lit un travail sur la *catastrophe causée à Belfort par l'éclatement d'un obus chargé de mélinite et ses conséquences au point de vue chirurgical.*

M. Bouilly montre des kystes hydatiques multiples du petit bassin et de l'épiploon qu'il a enlevés, par énucléation après laparotomie, chez une femme dont l'affection avait été parfaitement diagnostiquée avant l'opération.

Marcel Baudouin.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin : Liberté de l'exercice de la médecine.

Monsieur le Rédacteur,

Je m'empresse de vous envoyer aujourd'hui quelques détails sur une affaire qui intéresse en ce moment au plus haut point tous les médecins allemands et qui sera bien certainement aussi l'objet des méditations de vos lecteurs. Il s'agit du rétablissement de la loi contre l'exercice illégal de la médecine.

En 1869, la liberté de l'exercice de la médecine ayant été décrétée, on supprima la loi sur l'exercice illégal de la médecine, on autorisa chacun à pratiquer l'art de guérir, autant que le permettaient les lois existantes. En outre, un traitement ordonné par des personnes non diplômées par l'Etat, en cas de non succès, était punissable. Puis on abolit le § 200, dont les dispositions étaient fort sévères pour les médecins. Ce paragraphe ordonne que chaque médecin est obligé de venir porter ses secours à un malade qui vient le consulter. Il y a peu de temps, une pétition fut envoyée au Reichstag par une association médicale de Dresde, contre-signée par beaucoup d'autres associations médicales; on y lisait que le charlatanisme a fait de fort grands progrès, et que dans l'intérêt des médecins et de la population toute entière, il était urgent de s'opposer aux agissements des charlatans qui n'ont pour but que de s'enrichir aux dépens du public naïf.

Il y a aujourd'hui deux partis en présence, mais ils sont d'accord sur le fait de l'extension considérable du charlatanisme dans les dernières années, tout en déplorant que les autorités et les plus hautes classes de la Société aient contribué, par leur appui moral et même matériel, à cette extension ; c'est sur les voies et moyens destinés à combattre cette tendance fâcheuse que les appréciations sont fort divergentes. Les uns demandent une intervention énergique de l'Etat, défendant à tous ceux qui n'ont pas le diplôme de médecin-praticien d'exercer l'art de guérir. Les autres prouvent, au contraire, que le public est libre de consulter qui bon lui semble. L'Etat offre au public une garantie, car il désigne certaines personnes qui ont le droit de se dire approuvées par l'Etat.

Il semblerait que la première des deux tend assez à réunir pour elle la majorité des médecins allemands. La Société médicale de Berlin a tenu, il y a quelques jours, une séance à laquelle elle a convié tous les présidents de toutes les Sociétés médicales Berlinoises d'arrondissement, et, à 4 voix de majorité, l'assemblée s'est prononcée en faveur de l'interdiction de l'exercice illégal de la médecine. Le professeur Mendel avait proposé la motion suivante : « Les membres de la Société médicale de Berlin et les membres des huit Sociétés d'arrondissement de la ville décident de faire la déclaration qui suit :

« Nous reconnaissons avec chagrin que le charlatanisme s'affiche de plus en plus depuis quelques années. Nous regrettons en outre vivement que le charlatanisme. par suite d'une interprétation erronée des mots « Assistance médicale » employés au § 6 de la loi sur les caisses de secours pour les malades, ait trouvé un appui moral et matériel auprès de certaines autorités constituées et même auprès du Conseil fédéral (il est en effet arrivé qu'une caisse de secours a choisi un charlatan comme médecin). Nous ne pensons pas cependant que le rétablissement de la loi sur l'exercice illégal de la médecine, qui a été supprimée jadis à cause de son inefficacité, constitue une garantie sérieuse contre les abus.

« Nous voudrions plutôt obtenir de l'autorité que dans les lois sus-énoncées le terme « d'Assistance médicale » fût appliqué aux médecins diplômés seuls. En outre, il serait nécessaire de poursuivre les charlatans avec sévérité au moyen des lois existantes, et enfin il est indispensable d'éclairer le public sur l'absurdité des pratiques des charlatans. De cette façon, l état actuel s'améliorerait. En dernier lieu, nous voyons avec joie certaines autorités isolées, en particulier la présidence de la police de Berlin, employer un excellent moyen de répression (La présidence de la police de Berlin depuis quelques années, et celle de Carlsruhe depuis longtemps déjà, publient l'analyse chimique des médicaments vantés par les charlatans et ouvrent ainsi les yeux au public)

Le président des Sociétés d'arrondissement de Berlin, M. le Dr Becher, parla en sens contraire et demanda qu'on rétablisse l'ancienne loi répressive dans le code criminel de l'empire allemand.

Mendel appuya sa proposition des arguments suivants, que jadis, quand la loi de répression existait, certains charlatans avaient beaucoup plus de succès qu'après abolition de la loi, et que cette industrie diminua plutôt. Les lois ne servent à rien, l'exemple de l'Autriche le prouve, car, malgré la loi, le charlatanisme y fleurit. On dit aussi que les charlatans sont le produit de la pénurie de médecins de campagne, mais la même pénurie existe en Autriche. Il n'y a pas de question de moralité en jeu, mais seulement une question d'intérêt. Autrefois, certains médecins couvraient de leur nom les abus des charlatans, et la morale en souffrait bien davantage encore. Les charlatans s'adressent aux plus grands personnages, non pas seulement aux basses classes. Il serait immoral de faire une loi entrant en lutte avec le sentiment populaire et les préférences intimes des juges. Aussi longtemps que nous ne guérirons pas tous nos malades, nous ne serons pas autorisés à empêcher le charlatanisme. Le noyé s'accroche au moindre brin de paille et le malade abandonné par son médecin diplômé s'adresse aux charlatans.

Si on donne à nouveau, par le rétablissement de la loi répressive, un privilège aux médecins diplômés, on verra lentement et sûrement reparaître le célèbre paragraphe 200 de l'ancienne loi, forçant expressément le médecin de se déranger à chaque appel ; il en est exactement de même pour les avocats que leur privilège force à plaider beaucoup de causes sans rétribution.

Le Dr Becker a répondu: En 1869, la loi répressive fut abolie sur le conseil de la Société médicale de Berlin; on ne consulta pas la plupart des médecins allemands. On croyait alors que le public était assez intelligent pour préférer le médecin au charlatan. Mais on s'est trompé, car le charlatanisme a augmenté en considération. Les centaines de publications de la police de Carlsruhe n'ont servi à rien du tout. Le public croit que tout ce qui est permis est bon. Le peuple ne comprend qu'en présence d'une loi énergique.

La pétition des médecins de Dresde prouve que les conditions se sont aggravées au point de devenir intolérables. 46 sociétés, comprenant 3.000 membres, ont adhéré à cette pétition adressée au Reichstag ; 32 autres sociétés, retenues par des exigences de formalités, ont donné leur adhésion sans signature, 9 sociétés seulement ont voté contre.

Ces chiffres ont leur éloquence. Les charlatans trompent le public et vivent à ses dépens. L'Etat qui surtout édicte des lois pour garantir la vie et les biens de ses sujets, serait ici désarmé? Tous les pays civilisés, l'Autriche, la France, l'Italie, la Russie (grande hilarité), même l'Angleterre, ont des lois répressives. Le charlatan fait un traité avec le malade et le juge est impuissant. Si une fois par hasard l'homme de loi a pu saisir une pièce de cette importance, on voit de tous côtés affluer des témoignages en faveur de l'accusé. Le défenseur arrête que son client est une lumière médicale qui manque de culture scientifique, les jurés l'absolvent presque, tandis qu'un médecin diplômé, s'il lui arrive quelque accident, sera sévèrement puni. On pourra, par une loi, empêcher au moins les abus les plus criants. Le paragraphe 200 ne sera jamais rétabli. Il est mort et enterré et n'a jamais existé dans l'Allemagne du Sud, bien que des lois restrictives y eussent été jadis appliquées. On a rétabli un certificat de capacité pour les forgerons qui veulent ferrer les chevaux. Le cheval doit-il être plus protégé que l'homme? Le charlatanisme a augmenté : tous les journaux en font foi par le nombre des publications des autorités de police, en Prusse, Bade, Bavière, et on a une certaine considération pour les empiriques, comme le prouvent les événements de Chemnitz, Berlin et Breslau. Les hautes classes soutiennent le charlatanisme, tous les barbiers se nomment assistants de chirurgie; les autres sont, dans le livre d'adresses, indiqués comme directeurs médicaux Les avortements artificiels s'opèrent au vu et au su de tout le monde chez certaines sages-femmes et matrones. Les médecins en souffrent aussi au point de vue matériel. Telles sont les raisons qui militent en faveur d'une loi répressive.

La proposition de M. *Becher*, tendant à appuyer la pétition en faveur de cette loi, a été adoptée par 168 voix contre 164.

Dr L. Casper.

Juin 1887.

Lettre de Vienne.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans une séance récente de la *Société Médicale império-royale de Vienne*, le président, M. le professeur Bamberger, a donné lecture d'une lettre qui lui avait été adressée par M. Pasteur.

Le Dr Ullmann, assistant à la Clinique de M. le professeur Albert, fit à cette occasion une communication provisoire qu'il résuma sous trois chefs : I. D'après les expériences que j'ai exécutées jusqu'à présent, les animaux ne succombent pas à la rage par suite des inoculations anti-rabiques. II. Certains animaux peuvent être rendus réfractaires à la rage par les inoculations préventives. III. La statistique des expériences que j'ai faites sur l'homme semble être en faveur de la méthode Pasteur.

M. V. Frisch fit remarquer qu'il était surpris de voir M. Pasteur choisir la Société Médicale de Vienne pour trancher la question des inoculations anti-rabiques, des discussions sur les inoculations préventives n'ayant jamais eu lieu au sein de ladite Société. Il désire pourtant répondre immédiatement aux assertions de M. Pasteur.

En ce qui concerne la prétention que l'Ecole berlinoise aurait changé d'opinion sur la valeur des inoculations charbonneuses, il répond en disant que cette assertion de M. Pasteur n'est pas exacte. Depuis les dernières publications de Koch, Gaffky et Löffler dans les *Annales du Reichs-Gesundheitsamt*, de nouvelles expériences n'ont pas été faites, ni là ni à l'Institut d'hygiène de Berlin sur ce sujet. Les expériences qu'on a faites en Angleterre au sujet des inoculations charbonneuses n'ont pas donné des résultats assez probants pour que ce traitement dut être introduit dans la pratique. Donc l'expression *fiasco* dont M. Billroth s'était servi dans sa critique était justifiée. Quant à l'expérience dont lui, Von Frisch, a réclamé la priorité à propos de l'inoculation intra-crânienne, il maintient son dire, sinon ses prétentions à la priorité.

Il peut se faire que M. Pasteur eût déjà fait ces expériences de l'inoculation antirabique après injection intra-crânienne préalable, lorsque M. de Frisch était à Paris ; en tous cas, il ne les avait pas encore publiées et M. Pasteur ne lui a jamais fait une communication orale sur ce sujet. Ce n'est que le 2 novembre 1886, que M. Pasteur a fait une communication relative à ce point, en disant qu'il avait déjà exécuté antérieurement de telles expériences avec un succès partiel. M. Pasteur faisait remarquer alors qu'il n'insisterait pas tant sur ce point, si M. Frisch n'avait pas attribué une valeur extraordinaire à ces expériences là, si M. von Frisch n'avait pas soutenu que ces expériences seules étaient capables de juger la méthode de M. Pasteur. Cette assertion n'était pas exacte ; M. von Frisch s'était seulement prononcé contre l'emploi de la salive comme matière à infection et contre cette assertion, à savoir que la morsure était le mode d'infection pouvant donner la preuve expérimentale de la méthode ; pour lui, les résultats obtenus ainsi n'étaient pas certains et les conclusions qu'on avait tirées de ces faits étaient inexactes. Jamais il n'a voulu prétendre qu'on ne pouvait tirer des conclusions certaines que des inoculations préventives après l'injection intra-crânienne. Au contraire, il a lui-même porté son attention sur les objections qu'on pouvait faire à ces expériences ci, lui qui en a exécuté un grand nombre (environ 70, 63 lapins et 6 chiens). Sur ces animaux il a fait des injections sous-cutanées du virus en quantité minime. M. Pasteur ne sait quelles objetions faire à ces expériences. Il veut faire croire à ceux qui ne sont pas initiés dans la matière que les expériences de M. von Frisch ont seulement pour objet d'obtenir l'immunité après une injection par trépanation préalable.

D'ailleurs, M. Pasteur ne se rend pas bien compte de l'importance qu'on doit attribuer à cette manière d'expérimenter, car dans sa réfutation il se rend coupable d'une contradiction frappante. Il a prétendu antérieurement que ces expériences, l'injection intra-crânienne, avaient une importance fondamentale et qu'elles étaient une preuve irréfutable de l'efficacité de sa méthode, et voilà qu'aujourd'hui il soutient que ces expériences ne sont qu'un tour de force. Leur échec ne prouverait rien.

Quant au reproche de M. Pasteur à savoir que M. von Frisch ne s'est servi dans ses expériences que de lapins, M. von Frisch fait remarquer qu'il a fait des expériences et sur des chiens et sur des lapins, et que les résultats ont été dans les deux cas les mêmes.

Du reste, la faute que M. Pasteur, commet en concluant à des résultats qu'il a obtenus dans ses expériences antirabiques sur des chiens à l'efficacité de sa méthode sur l'homme, est aussi grande, sinon plus grande que celle d'étendre à des chiens des conclusions qui ne s'adressent qu'à des lapins. M. Pasteur croit-il donc qu'il y a une plus grande différence entre le chien et le lapin, qu'entre le chien et l'homme ?

Quant à l'objection à savoir que les inoculations que M. von Frisch a faites après l'injection intra-crânienne, aient été trop lentement faites et qu'il ne s'est pas servi de la méthode intensive, il faut se rappeler alors que M. Pasteur n'avait fait que quatre expériences sur des animaux à propos de ces inoculations préventives ; de plus deux animaux (c'est-à-dire 50 0/0), avaient succombé. M. Pasteur n'avait donc pas obtenu de résultats satisfaisants avec cette méthode.

En ce qui concerne l'objection que quelques lapins étaient morts de septicémie, il faut prendre en considération qu'il a expérimenté sur environ mille animaux ; il n'est donc pas étonnant que quelques-uns aient succombé à la septicémie. Du reste, M. Pasteur lui-même a abandonné, en général, la méthode intensive, et ne la réserve que pour les morsures graves de la tête, etc.

Si un seul animal succombe par suite d'inoculation faite d'après cette méthode, cela doit suffire pour ne pas appliquer cette méthode à l'homme. M. Pasteur ne fait que changer de méthode ; il tâtonne, il navigue dans les ténèbres. Il ne peut donc pas être question, dans un cas pareil, d'une méthode scientifique.

M. Pasteur n'a pas répondu à bon nombre d'objections, entr'autres à celle-ci : Son *virus fixe* n'est pas une quantité constante ; les statistiques portant sur les cas de guérison de la rage devraient être acceptées avec les plus grandes précautions, etc.

M. von Frisch finit par dire que M. Pasteur n'a rien réfuté, que toute la méthode n'était pas sûre, et qu'il n'était pas justifié de l'employer sur l'homme. Il attend que le dernier mot soit dit sur ce sujet, avec la même tranquillité que M. Pasteur.

Veuillez agréer, etc. Leibowitz.

Le 26 juin 1887.

Rectification.

Nous recevons la lettre suivante, avec prière de l'insérer :

Paris, le 27 juin 1887.

Le *Figaro* du 27 juin contient un entrefilet relatif à une prétendue *découverte* dont il m'attribue le mérite. Il s'agit tout simplement de l'emploi du sommeil hypnotique ou de la suggestion pour pratiquer certaines opérations chirurgicales, sans douleur et sans chloroforme, sur les sujets prédisposés.

Une observation publiée le 16 avril dernier dans la *Gazette médicale* par mon interne M. Guinon, a été le point de départ de cette singulière erreur que rien n'autorisait. Il n'est pas de médecin, en effet, qui ne sache que ces faits, très intéressants d'ailleurs, n'ont rien de nouveau, et que s'ils méritent par leur rareté d'être consignés dans les recueils scientifiques, ils ne sont pas de nature à émouvoir l'opinion publique.

On ne peut donc que déplorer l'intervention toujours inopportune et souvent puérile de la presse mondaine dans des questions qui lui sont étrangères. Elle est l'origine d'erreurs grossières pour le public, et je dois ajouter qu'elle est très désobligeante pour ceux qui (comme moi dans cette circonstance) s'y trouvent momentanément associés.

Veuillez agréer, etc. Dr S. Pozzi,

Agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de Lourcine.

THÉRAPEUTIQUE

La diarrhée verte et son traitement

La diarrhée verte est la plus puissante cause de l'énorme mortalité des enfants du premier âge, surtout pendant la période des grandes chaleurs. Aucune épidémie ne peut lui être comparée, car, chaque année, l'été provoque sa recrudescence. Il suffit de rappeler que, dans la seule ville de Paris, la diarrhée verte cause au moins cent décès par semaine pendant la saison chaude. Ces considérations donnent un intérêt d'autant plus vif au travail sur cette maladie, que le professeur Hayem vient de lire devant l'Académie de médecine. La diarrhée verte est due à la présence d'un bacille spécial, déjà signalé par le professeur Damaschino et rencontré en grandes masses dans les vomissements et les garde-robes. Le microbe se développe à la suite de troubles dyspeptiques transformant l'estomac en un milieu alcalin ou neutre, favorable à sa multiplication. L'indication du traitement acide découle donc logiquement de la connaissance des causes de la maladie.

L'acide chlorhydrique ne donne que des résultats incomplets et souvent nuls. Seul, l'*acide lactique* réussit avec rapidité ; deux ou trois jours suffisent le plus souvent pour amener la guérison.

Cette action si nette de l'acide lactique prouve que si la diarrhée verte ne survient pas lorsque les fonctions digestives sont normales, c'est uniquement parce que les bacilles rencontrent alors dans l'estomac une proportion de cet acide suffisante pour empêcher leur multiplication. Elle concorde avec tous les travaux antérieurs, qui ont montré que, au début de toute digestion normale, on ne trouve que l'acide lactique dans l'estomac.

Les résultats que le professeur Hayem a obtenus à la crèche de l'hôpital Saint-Antoine viennent confirmer et expliquer les faits observés déjà en 1867 et 1868 par le regretté docteur Parrot, lorsqu'il expérimentait, à l'hospice des Enfants-Assistés, le Sirop de Lacto-Phosphate de Chaux de Dusart (V. *Archives générales de médecine*, 1869-1870.)

Depuis cette époque, la préparation de Dusart, faite avec de l'acide lactique obtenu de la fermentation du lait, est restée au premier rang dans le traitement de la diarrhée et de la cachexie des enfants, contre lesquelles on la prescrit à la dose de 4 à 6 cuillerées à café, chaque jour, administrées tantôt avant, quelquefois 25 à 30 minutes après chaque tétée. Le sirop de lacto-phosphate de chaux, dont la composition est toujours identique, est d'une administration plus simple et plus facile que celle de l'acide lactique. Le petit malade profite à la fois de l'action, en quelque sorte spécifique, de l'acide lactique et de la propriété reconstituante du phosphate de chaux. Le médecin a, de plus, la certitude d'employer l'acide lactique du lait, et non l'acide lactique artificiel obtenu par l'action des alcalins sur les glycoses, aujourd'hui très répandu dans le commerce.

Dans les cas de diarrhée simple chez les jeunes enfants, lorsque la nourrice est fatiguée, on voit cesser les vomissements et la mauvaise nature des selles, à la suite de l'administration, à la nourrice, du sirop de lacto-phosphate de chaux. Ce résultat est dû à la modification rapide de l'état général de la nourrice et de la composition de son lait. Des analyses très précises ont montré, en effet, qu'à la suite de la médication, le chiffre du phosphate de chaux contenu dans le lait monte de 1 gr à 2 gr. 50 ou 3 gram. et quelquefois plus encore, donnant ainsi au lait le double caractère d'un aliment parfait et d'un médicament tout assimilé.

Dr D. Delattre.

VARIA

Laïcisation des hôpitaux.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est réuni le jeudi 7 juillet. Sur la proposition de M. le Dr Peyron, directeur de l'Administration, d'accord avec M. le Préfet de la Seine, le Conseil a émis un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital Lariboisière et de l'hopital Beaujon. Sur les 30 hopitaux et hospices de Paris, il n'en restera plus que trois à laïciser : St-Louis, la Charité et l'Hotel-Dieu. Nous avons la conviction que M. Peyron terminera la laïcisation cette année.

La suette miliaire.

L'épidémie de suette miliaire qui sévit depuis un mois dans l'arrondissement de Montmorillon, a commencé, dit le *Poitou médical*, vers le mois de mai, dans le canton de Lussac, et en particulier dans les communes de Civeaux et de Sillars, en ne frappant que les enfants dont la plupart ont succombé. Elle s'est dirigée ensuite vers Montmorillon, et les premiers cas de suette chez les adultes ont été constatés dans la commune de Saulge, sur la Gartempe, puis dans les autres communes du canton de Lussac.

Les cantons voisins ont été atteints successivement ; ceux de l'Isle-Jourdain et de la Trimouille ont été frappés sur un plus grand nombre de points. Actuellement toutes les communes des cantons de Montmorillon, l'Isle Jourdain et la Trimouille sont contaminées. Dans le canton de Lussac, l'épidémie sévit plus particulièrement dans les communes de Persac, et de Goueux, situées au confluent de la Blourde et de la Vienne. Trois cas ont été signalés le 20 juin dans la commune de l'Hommaizé. Les cantons de Chauvigny et de Saint-Savin, qui jusqu'à présent avaient été épargnés, sont pris sur plusieurs points. Les cas sont assez fréquents à Leignes, Chapelle Viviers et Pouzioux (Chauvigny), à Antigny, Saint-Savin et Saint-Germain (Saint-Savin).

En somme il résulte des derniers renseignements fournis, que l'épidémie semble décroître dans ses premiers foyers, dont aucun n'est absolument éteint ; mais elle s'étend vers l'Indre et la Haute-Vienne.

La suette débute, en général, sur les enfants et sous une forme spéciale semblable à la rougeole ; elle est du reste assez bénigne chez ceux-ci. La mortalité chez les adultes est plus élevée et varie de 2 à 15 pour 100 et dans des cas très exceptionnels et ce jusqu'à 40 pour 100. La mort se produit en général très rapidement du 2e au 5e jour (1).

Dans le département de la Vienne, l'épidémie a également atteint un certain nombre de communes. Le directeur de l'Ecole de médecine de Limoges y envoya en délégation le professeur Lemaistre ; M. Chaminade, interne à l'hopital de Limoges, l'accompagna et l'aida dans ses recherches. Déjà deux autres médecins de l'école, MM. Lavillauroy et Skalski, avaient été envoyés dès le mois de juin à Bussière-Poitevine pour assurer, de concert avec les médecins du pays, le service sanitaire. Le 24 juin dernier, M. Lemaitre adressa au directeur de l'école un rapport étendu sur les résultats de ses recherches bactériologiques. Nous croyons utile d'en reproduire les conclusions : 1° Le sang des personnes atteintes de suette contient un microbe qu'il est facile de voir ; 2° On retrouve ce microbe dans la sueur et dans le liquide des vésicules miliaires ; 3° Ce microbe se développe facilement dans le sang, en dehors des vaisseaux, ainsi que dans les bouillons et dans la gélose ; 4° Ce microbe est un coccus qui par prolifération, par segmentation, forme des diplocoques et, sur des cultures, de petites chaînettes et des colonies nombreuses.

M. Lemaitre ajoute qu'une température peu élevée suffit à sa conservation. Il a pu garder des éprouvettes à la température de 14 à 15° degrés centigrades pendant plusieurs jours, sans que ces microbes paraissent avoir souffert.

Ce fait pourrait expliquer la conservation et le développement de cet organisme dans les eaux potables et appuyer la théorie de ceux qui pensent que la suette se transmet par les eaux.

M. Lemaitre n'a malheureusement pu faire aucune autopsie et, par conséquent, aucun examen d'organes ; mais il a l'intention de pratiquer sur des animaux des inoculations qui, espère-t-il, donneront des résultats.

Nous remarquerons, en passant, que les recherches de M. Lemaitre ne prouvent nullement qu'il ait eu affaire à un micrococcus spécifique. M. Lemaitre reconnaît, du reste, qu'il lui reste encore deux choses à étudier. « 1° Les substances qui, sans agir sur la santé, pourront détruire ce microbe malfaisant. J'ai conseillé, dit-il, de faire des injections hypodermiques de vaseline et d'iodoforme, mais je n'ai pas encore d'observations suffisantes pour les publier ; 2° A rechercher le milieu où ce coccus

(1) Le *Poitou médical* rapporte deux cas de suette miliaire observés par les Drs Pion et Roland sur des malades qui ont contracté la maladie dans le canton de Montmorillon. L'affection a évolué loin du foyer de l'épidémie sans avoir donné lieu à une contamination directe. Il est regrettable que nos honorables confrères n'aient pas cru devoir publier les températures et se soient contentés de nous indiquer le nombre des pulsations du pouls.

vit habituellement et les voies qu'il emprunte pour atteindre l'homme. Il est possible que ce milieu soit les eaux potables, comme je l'ai déjà prouvé pour la perlèche. J'ai pu m'assurer, dans ce voyage à Bussière-Poitevine, d'un fait indiqué déjà par les observateurs, à savoir que les nourrices ne transmettaient pas la suette à leurs nourrissons. J'ai vu, dans le même village, deux femmes étant en état de lactation et ayant la suette. Elles ont continué à donner le sein, et les enfants n'ont pas été malades. La sécrétion lactée était diminuée, mais non tarie; dans les deux cas on avait donné du lait de vache en supplément aux enfants. »

Banquet offert à M. le professeur Bouchard en l'honneur de son élection à l'Institut.

Samedi dernier 2 juillet les amis et les élèves de M. le professeur Bouchard se sont réunis pour fêter son élection à l'Institut. A la table d'honneur étaient assis MM. Charcot, Pasteur, Chauveau, plusieurs professeurs de la Faculté, et des représentants de l'Ecole de Lyon. Le père de M. Bouchard s'y trouvait aussi, assistant au triomphe de son fils, et la scène fut touchante quand le nouveau membre de l'Institut parla de la joie et de la fierté qu'il éprouvait à recevoir ces honneurs devant un pareil témoin. Un grand nombre d'anciens élèves étaient venus apporter leurs félicitations au nouvel élu; aussi, peu s'en est fallu qu'on ne se trouvât à l'étroit dans la grande salle de l'Hôtel Continental. Au nom des anciens élèves, M. Landouzy entreprit de rappeler quelle longue série d'importants travaux sur les sujets les plus divers avait ouvert au Maître les portes de l'Institut; les applaudissements qui, plus d'une fois, l'ont forcé de s'interrompre, lui ont prouvé que, suivant l'expression de M. Bouchard il était bien « l'interprète autorisé de la jeunesse médicale. »

Voici le toast de M. Landouzy :

Maître,

« Vos amis et vos élèves ont pensé, qu'en matière d'hommage à vous rendre, ancienneté valait titres. L'ancienneté, voilà mon titre à lever mon verre en votre honneur et à dire pourquoi la joie a été vive parmi vos amis et la fierté grande parmi vos élèves, quand l'Académie des Sciences, ratifiant le choix de la section de médecine, vous a élu membre de l'Institut.

L'Académie des sciences vous appelle et vous reçoit, parce que vous êtes un savant, parce vous avez fait de la médecine et de la pathologie générale une étude scientifique, parce que depuis vingt-cinq ans, la médecine vous est redevable de nombreux travaux et d'importantes découvertes . . . .

Je me laisse aller à énumérer vos titres, et pourtant, ce n'est pas pour cela qu'élèves et amis sont réunis.

Assurément nous admirons vos travaux et nous vous sommes du fond du cœur reconnaissants du lustre, qu'avec ceux de vos confrères de l'Académie des sciences et ceux de vos collègues de la Faculté, ils jettent sur notre pays au moment même où est lancée des bords du Danube, à la science française, l'accusation, qu'on croirait partie des bords de la Sprée, de suivre d'un pas lent et boiteux la médecine d'outre-Manche et d'outre-Rhin.

Comme si, au cas où nous l'aurions oublié, vos leçons ne nous auraient pas rappelé que l'œuvre de Lister aussi bien que l'œuvre de Koch sont filles légitimes de notre Pasteur et de notre Davaine!

Comme si nous n'avions pas appris pour le redire aux jeunes générations qu'on nous convie à en [illegible], que la grande œuvre clinique et anatomo-pathologique de Laennec, faite toute de clarté française, mise en péril par les [illegible] allemandes, n'avait été sauvée que par les travaux de Charcot, de Cornil, de Grancher et de Thaon!

Comme si, vraiment, il nous fallait aller redire à Vienne et à Berlin, que la virulence, l'infectiosité et la contagiosité de la tuberculose sont de démonstration scientifique française, et que la gloire de Koch ne perd rien à continuer celle de Laennec, de Villemin et de Chauveau!

Comme si — s'il y avait encore des [illegible] à Berlin — nous devions aller leur apprendre, que [illegible] de l'innervation [illegible] la neuropathologie, les travailleurs étaient venus des seules provinces [illegible]? Comme s'ils avaient [illegible] comme s'ils avaient marché d'un pas lent et boiteux [illegible] qu'on appelle Duchenne [illegible], Vulpian, Charcot, Brown-Séquard!

Certes, nous admirons vos travaux et nous vous [illegible], surtout [illegible] avez fait pour l'honneur de la [illegible] française: [illegible] [illegible] [illegible] fêter. Nous sommes [illegible] parce que vous avez [illegible], parce que [illegible] fois à votre discipline, parce que [illegible] de votre [illegible] [illegible] médicale, parce que [illegible] vous devons le meilleur de notre [illegible] intellectuelle, [illegible] de votre école, parce que vos exemples [illegible], parce que votre enseignement nous a donné le goût des conceptions doctrinales, des recherches expérimentales et des vastes horizons en médecine; parce vous avez provoqué, encouragé nos travaux, parce que vous avez applaudi à nos efforts et que, parfois, vous n'avez pas dédaigné de les associer aux vôtres. C'est cela qui fait que vous êtes chef d'Ecole, c'est tout cela qui fait que nous sommes enrôlés sous votre bannière, c'est cela qui fait que nous sommes fiers de notre capitaine [illegible] fêter sa récente et non dernière victoire. Non dernière victoire, car vous êtes, Maître, dans la plénitude de vos moyens, dans la force de l'âge, mis en possession d'un laboratoire digne enfin de la Faculté, doté d'un outillage perfectionné, assisté d'une phalange de jeunes hommes avec lesquels vous faites depuis longtemps commerce affectueux et scientifique et dont quelques-uns déjà ont conquis leur maîtrise. . . . .

Comme noblesse, Ecole oblige : nous attendons de vous, Maître, l'initiation, le mouvement et l'exemple : nous attendons de vous de nouveaux travaux qui, ajoutant à l'honneur de la Faculté de Paris, accroissant votre renom, et portant au loin l'influence de la médecine française, augmentent d'autant le patrimoine sacré de la Patrie.

Voilà ce qu'attendent de vous vos élèves, voilà ce qu'attendent vos amis. Voilà pourquoi nous sommes pressés et nombreux autour de cette table, les uns, en corps et en âmes, les autres, en pensées, les empêchés de Londres, de Nice, le Bordeaux, de Toulouse, de la ville de Lyon, qui met tant de coquetterie à se parer de vos succès et de vos lauriers qu'on la croit votre berceau! Notre province de Champagne vous réclame et vous revendique, notre province de Champagne vous a donné le jour, Lyon vous a donné le milieu de culture intellectuelle.

Maître, en levant nos verres en votre honneur, nous prions Minerve, qui, là-bas, veille aux destinées des immortels, de vous accorder de longs jours pendant lesquels vous serez l'exemple des nouvelles générations médicales et l'orgueil de votre école. Maître, au nom de vos amis, au nom de vos élèves, absents et présents, je lève trois fois mon verre en votre honneur. »

D'autres toasts ont été portés par MM. Charrin, Widal, etc... La réponse de M. Bouchard à ces différents discours a été fort goûtée; nous sommes heureux de la mettre sous les yeux de nos lecteurs; mais ce qu'on ne saurait reproduire c'est le ton d'émotion douce, non dénuée d'une certaine malice, et la coquetterie charmante qu'a mise le Maître à remercier tous ceux qui l'entouraient, y compris ceux là même à qui il ne doit rien que de compter sur leur reconnaissance.

Discours de M. le professeur BOUCHARD.

Je vous remercie, Messieurs, vous tous qui vous êtes réunis pour fêter ma nomination, vous mes élèves, vous mes amis, vous en particulier, amis inconnus dont j'ai serré la main sympathique et dont je n'aurais peut-être pas su dire le nom; et vous amis, venus de si loin, qui pourrez dire aux absents que leurs regrets m'ont touché autant que votre présence me réjouit.

Je remercie mes collègues des hôpitaux, de l'Académie de médecine, de la Faculté qui ont bien voulu se joindre à mes amis.

Je remercie surtout ceux de mes maîtres qui m'ont fait l'honneur de rehausser encore par leur présence l'éclat de cette fête.

J'adresse l'expression de ma vive gratitude aux organisateurs de ce banquet : à Landouzy, à Charrin, à Roger, à Widal; je leur dois cette joie et cette fierté de recevoir, en présence de mon père, tant de témoignages de sympathie et d'estime, et cet orgueil de voir assis à mes côtés deux hommes dont il suffit de prononcer le nom connu et acclamé partout pour qu'il ne soit plus besoin de relever les outrages, d'où qu'ils viennent, qui peuvent être adressés à la médecine française.

En m'accueillant dans son sein, l'Académie des sciences m'a accordé le plus grand honneur que puisse ambitionner un homme de science. Je ressens profondément cet honneur qui se double d'une crainte quand je pense à mon illustre prédécesseur. Quand MM. Marey, Charcot, Brown-Séquard m'ont proposé aux suffrages de leurs confrères, ils savaient que je n'avais ni l'ingéniosité, ni la vivacité d'esprit, ni la puissance inventive de P. Bert. Aussi l'Académie en lui donnant un successeur n'a pas pensé le remplacer. J'ai été nommé comme médecin, comme un médecin soucieux de maintenir la médecine dans ses voies naturelles, celles de l'observation éclairée par l'expérimentation. Plusieurs autres pouvaient aussi bien que moi représenter à l'Institut la médecine moderne avec ses

méthodes, sa discipline et ses tendances. Dans ce qui a déterminé le succès, je ne discerne bien que l'indulgence des uns et la bienveillance des autres ; j'y reconnais surtout l'action ferme et persévérante d'une bonté que j'ai appris à connaître dès ma seconde année d'internat et qui ne m'a jamais fait défaut, et l'ardeur toute juvénile, la chaude sympathie d'un autre maître que la France a réussi à s'attacher et qui, il y a longtemps déjà, pendant mon concours d'agrégation, était venu spontanément mettre au service do mon inexpérience les trésors de sa vaste expérience. Je m'honore aussi de l'appui de deux illustres physiologistes unis dans leur jeunesse par la communauté de leurs travaux.

Voilà, mon cher Landouzy, la théorie toute simple de mon élection. Vous avez voulu la fouiller suivant la méthode qui nous est chère ; vous en avez esquissé la pathogénie. Vous avez dit la série « des pourquoi » de ma nomination. Si vous avez été l'interprète autorisé de cette jeunesse médicale qui va grandissant de l'internat à l'agrégation, si vos collègues et vos élèves ont ce sentiment que je suis pour une part dans la façon suivant laquelle ils comprennent les choses de la médecine, alors je le reconnais : ce consentement de l'opinion a dû être pour moi d'un grand secours. Mais d'où me vient cet appui dont j'aurais lieu de me glorifier ? à quoi pourrais-je l'attribuer ? à ma méthode ? à ma doctrine ? ou à mes travaux ?

La méthode, mais elle n'est pas à moi. Telle que je la caractérisais il y a un instant, elle m'a été inculquée il y a 23 ans, quand tout mon orgueil était de dire : je suis de l'Ecole de la Salpêtrière. C'est là aussi que j'ai appris qu'il faut se faire une doctrine. C'est là que j'ai assisté aux rapides conquêtes de l'anatomie pathologique et à son couronnement. Et après ! il faut bien vérifier les notions mortes de l'examen cadavérique. C'est pour cela que je me suis évadé comme l'a fait aussi M. Charcot, comme le fait Cornil. Deux idées doctrinales m'ont séduit et entraîné : l'idée vitaliste des troubles de la nutrition antérieurs à la lésion, et en second lieu l'infection.

Vous savez quel fut sur ce point mon initiateur.

J'ai connu les années où la pathologie générale n'était pas en honneur. J'ai la joie d'assister à sa glorification. Vous venez de faire cet enseignement en même temps que votre collègue Troisier et les élèves ont prouvé par leur assiduité que ce n'était pas trop d'une leçon quotidienne de pathologie générale.

C'est donc parce qu'une doctrine est née, parce que M. Pasteur nous a donné la plus grosse part de cette doctrine que la jeunesse médicale s'est montrée favorable à mon enseignement et que vous me faites, mon cher Landouzy, ce grand honneur de vous dire mon élève, vous qui, plus d'une fois, avez été mon collaborateur.

Quant à mes travaux dont vous avez fait l'éloge prématuré, le temps les jugera. De ce qu'il respectera, je rapporte la meilleure part à ceux qui ont été mes éducateurs, à mes maîtres de l'école de Lyon, à Bonnet, à Teissier, à Rollet, à Diday, qui m'ont appris à observer et à penser, à toute cette phalange d'hommes éminents qui trouvent dans la Faculté nouvelle de dignes continuateurs. Je me réclamerai toujours de cette université lyonnaise que des liens étroits rattachent à celle de Paris. Nous lui avions prêté Guignard, elle vient de nous le rendre ; nous lui avons pris Chauveau, mais nous lui avions donné Lépine, Renaut, Pierret.

A Paris, mes maîtres se nomment Lasègue qui fut mon initiateur en pathologie générale, et qui, lorsque j'ambitionnai la chaire que j'occupe, fut l'un de mes plus fermes soutiens ; ils se nomment Robin, Béhier, Velpeau, tous morts ! Deux qui survivent assistent à ce banquet.

M. Pasteur, vous êtes l'un de ces maîtres. Vous n'avez pas parlé pour moi, vous n'avez pas guidé mon inexpérience ; mais vous avez jeté votre grain aux quatre coins de l'horizon. J'ai recueilli un peu de ce grain, je l'ai fait germer et multiplier, et je l'ai libéralement distribué, en votre nom, à ceux qui avaient faim de vérité.

Et vous, M. Charcot, vous avez été aussi le maître que j'ai choisi. Vous avez été plus que mon maître ; vous m'avez communiqué la puissante discipline de votre esprit, vous êtes mon père intellectuel.

Mon cher Charrin, vous avez joint aux amicales paroles de Landouzy vos félicitations au nom de mon laboratoire. Je vous remercie de tout cœur. Mais n'avez-vous pas été quelque peu injuste pour ce laboratoire? Vous n'avez rien dit de la septicémie qui porte votre nom ni de la maladie pyocyanique, ces deux bijoux. Vous auriez pu au moins parler de la nature parasitaire de la morve : là vous aviez des collaborateurs, Capitan entre autres, dont vous avez été le digne successeur et qui est le véritable fondateur de ce laboratoire. C'eut été une transition pour nous parler des beaux travaux sur le foie de Roger qui sera aussi votre digne successeur.

Vous, mon cher Widal, vous représentez la jeunesse devant moi qui suis vieux. Landouzy a prononcé tout à l'heure le fameux « jeune encore ». Croyez-moi, quand on est de l'Institut, on est vieux. On sent que l'on pénètre dans les régions sereines où les passions s'apaisent, où l'on ne désire plus rien, où l'on n'a plus rien à craindre et rien à espérer, où l'on devient juste et impartial. Je vous le dis : quand un homme ne désire plus rien et quand il est impartial, cet homme est vieux. Mais j'ai le bonheur de voir chaque matin revivre en vous ma jeunesse passée : car j'ai été jeune comme vous, interne comme vous et même deux fois plus que vous, ayant été interne à Lyon avant de l'être à Paris. On dit que ma jeunesse n'a pas été lugubre. J'ai été ardent comme vous et, comme vous, injuste et irrévérencieux. J'ai eu et vous avez sans doute sur la conscience des propos mal sonnants à l'adresse des Immortels. Je ne vous le reprocherai pas. J'aime la jeunesse avec ses intempérances comme avec ses qualités ; et pour lui prouver mon affection je ne puis rien lui donner de mieux que ce que demandait Landouzy : Exemple, appui, conseils, justice.

Banquet offert à M. le Pr Verneuil, pour fêter sa nomination à l'Académie des Sciences.

Le jeudi 7 juillet, les élèves et les amis de M. Verneuil se sont réunis dans un banquet pour le féliciter publiquement de sa nomination à l'Institut. Un grand nombre de professeurs de la Faculté, entr'autres MM. Charcot, Bouchard, Lannelongue, Trélat, Fournier, Brouardel, Cornil, Grancher, etc., etc., y assistaient. Les convives étaient au nombre de 120 environ. De nombreux toasts ont été prononcés. M. Bouchard, comme professeur de pathologie générale, a rappelé le cachet particulier des travaux de M. Verneuil et leurs rapports avec la médecine. M. Brouardel a pris la parole comme doyen d'âge et a insisté sur le caractère du nouvel élu. M. Rochard a parlé au nom de l'Association française, M. Trélat, comme camarade de Verneuil, M. Le Dentu, en souvenir du dévouement de son maître, M. Reclus, au nom des agrégés, élèves du savant professeur, M. Petit, au nom des jeunes élèves. Une spirituelle poésie a été dite par un ami dévoué. En somme réunion chirurgicale charmante.

ASSISTANCE PUBLIQUE.

Hospitalisation des vénériennes : Rapport de M. A. Fournier (*Suite*) (1).

Poursuivant l'examen de la question de l'hospitalisation des vénériennes, M. le professeur A. Fournier soumet ensuite à l'Académie les deux propositions suivantes :

« III. Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux : hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

« IV. Un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

« Faciliter aux malades le traitement de leur maladie, telle est la seule mais nécessaire pratique visée par ces deux derniers articles. Il est manifeste, en effet, que si un ouvrier habitant Vincennes ou Grenelle, je suppose, a besoin, pour venir chercher à Saint-Louis une consultation et des médicaments gratuits, de traverser tout Paris, cette obligation constitue pour lui une lourde charge, qui lui coute pour le moins une demi-journée de son travail. Donc, il, plus tot que cela lui sera possible, il délaissera son traitement et conséquemment, conservera une maladie qu'il restera de plus exposé à transmettre. Tandis que s'il trouve à sa porte, c'est-à-dire

(1) Voir : 1887, t. V, p. 232, 240, 312, 254, 367, 431, 468, 478 509.

dans un hôpital de son quartier, les mêmes moyens de traitements, il profitera bien plus volontiers des facilités qui lui seront offertes pour se guérir. »

Nous ne pouvons que nous associer aux réformes réclamées par M. A. Fournier. Ce sont, en effet, celles que nous soumettions au Conseil municipal et à l'Administration dans notre rapport sur l'hôpital du Midi en 1880 (1). Voici comment nous nous exprimions :

« L'hygiène publique est au plus haut point intéressée à ce que toutes les mesures qui persistent et rappellent les pratiques barbares, mais catholiques des siècles passés, disparaissent absolument ; elle veut que l'on offre aux vénériens et vénériennes tous les moyens de se traiter vite et bien. Elle commande aux administrateurs de faire en sorte que les femmes vénériennes, au lieu de chercher à dissimuler leur mal par crainte des mesures sauvages prises contre elles, et, en particulier, de la séquestration, n'hésitent plus à venir réclamer les secours dont elles ont besoin.

« Pour arriver à ce but, il faut remplacer la prison par l'hôpital ; faire profiter les vénériens et vénériennes nécessiteux des mêmes avantages que les autres malades ; organiser convenablement le traitement externe à l'hôpital du Midi, à l'hôpital Loureine et à Saint-Louis ; favoriser le fonctionnement des services institués par les médecins des hôpitaux pour le traitement des maladies des femmes ; installer dans tous les établissements hospitaliers des services balnéaires et hydrothérapiques pouvant servir à la fois aux malades internes et aux malades du dehors.

« Grâce à ces réformes, le nombre des cas des maladies vénériennes et leur gravité diminueront ; la santé publique en bénéficiera largement et nous verrons s'atténuer dans la population la proportion de non-valeurs qui l'appauvrissent (2). »

M. Fournier continue son rapport par la proposition suivante qu'il fait suivre de commentaires dont l'importance n'échappera sans doute ni aux médecins des hôpitaux, ni à l'Administration :

« V. Dans les hôpitaux spéciaux, la consultation sera faite : 1° Pour les malades ne réclamant pas leur admission, par un médecin ou un chirurgien du Bureau central ; — 2° Pour les malades réclamant leur admission, par les médecins ou chirurgiens titulaires ; — Les médecins ou chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq années d'exercice.

« Ce dernier paragraphe, qui peut vous étonner au premier abord, demande quelques explications. Il résulte de renseignements qui sont venus à la connaissance de votre Commission que la consultation externe des hôpitaux spéciaux n'est pas toujours ce qu'elle devrait être. Nous avons regret de le dire, mais nous devons avouer que cette consultation a été parfois abandonnée par le chef de service à son interne, lequel s'en déchargeait en partie sur les externes. D'autres fois, paraît-il, on se borne, le jour de la consultation, à ce qu'on appelle une « petite visite », visite hâtive, brusquée, sommaire, où l'on n'examine que les malades les plus urgents.

« Ce sont là, en toute évidence, des abus ou des accommodements regrettables avec les devoirs hospitaliers. Or, comme les forces humaines ont des limites, comme l'on ne saurait exiger qu'un médecin, après avoir fait une longue visite dans ses salles, assume encore la lourde charge d'une consultation qui peut s'élever à une centaine de malades ou même (comme à Saint-Louis, par exemple) jusqu'à deux cents, trois cents et trois cent cinquante malades, votre Commission a cherché le moyen de concilier les exigences des services hospitaliers avec la somme de labeur qu'on peut raisonnablement réclamer d'un médecin. Elle a cru trouver ce moyen dans la division du travail et s'est arrêtée conséquemment à la résolution suivante :

« Confier la consultation externe à un médecin ou à un chirurgien du Bureau central, pour tous les malades ne réclamant pas leur admission dans l'hôpital, et réserver aux médecins ou chirurgiens titulaires les seuls malades qui sollicitent leur admission.

« Déchargés ainsi de la plus lourde besogne, les médecins ou chirurgiens titulaires disposeraient de plus de temps soit pour un recrutement judicieux des malades auxquels l'hospitalisation est nécessaire, soit pour les consultations à donner à ceux qu'ils jugeraient susceptibles d'être traités au dehors.

« Enfin si votre Commission a spécifié que les fonctions de médecin ou de chirurgien chargé de la consultation externe dans les hôpitaux auraient une durée minima de cinq années, c'est qu'elle a voulu éviter par là un inconvénient pratique déjà maintes fois signalé pour les hôpitaux de ce genre. Trop souvent on ne vient faire qu'une apparition éphémère dans les hôpitaux spéciaux comme pour prendre l'air de la maison, puis on les déserte, après un apprentissage sommaire de la spécialité. L'intérêt des malades exige, croyons-nous, un plus long stage dans les hôpitaux en question, et c'est là ce que vise la réforme proposée par votre Commission. »

La conclusion de M. Fournier, en ce qui concerne la façon dont la consultation doit être faite dans les hôpitaux spéciaux, est absolument conforme aux idées que nous soutenons depuis bien longtemps. Nous nous contenterons de citer le passage suivant d'un article que nous avons publié le 27 novembre 1875 dans le *Progrès médical* :

Les consultations des hôpitaux pourraient être faites : 1° à tour de rôle par chacun des médecins ou des chirurgiens de l'établissement ; 2° par un médecin et un chirurgien du bureau central. Voici quelle serait la fonction de chacun d'eux : Le médecin ou le chirurgien de l'hôpital, auquel le directeur ferait remettre, à dix heures, le nombre des lits vacants, viendrait examiner les malades qui sollicitent un lit et, jusqu'à concurrence des vacances, il donnerait des bulletins d'admission, désignant d'une façon spéciale pour ses salles, les malades qu'il préfère. Quant aux employés, ils ne devraient recevoir que les malades appartenant à la circonscription de l'hôpital, laquelle serait facilement établie par le chiffre des lits de l'hôpital, proportionné à la population. De cette façon, rien ne serait changé pour les médecins des hôpitaux, en ce qui concerne le recrutement de leur service, si ce n'est que tout individu, vraiment malade, phtisique ou non, devrait être reçu dans l'hôpital de son quartier.

La consultation proprement dite, c'est-à-dire l'examen et le traitement des malades externes, *out patients*, comme disent les Anglais, sera faite par un médecin ou un chirurgien du bureau central qui, comme aujourd'hui, les médecins et les chirurgiens d'hôpital ne changeraient pas tous les jours de la semaine, mais feraient ce service pendant trois ou quatre mois. Alors les malades externes seront soignés pendant toute la durée de leur maladie par le même médecin, qui s'intéressera naturellement plus à eux que ne peuvent le faire actuellement, malgré la meilleure volonté du monde, les médecins des hôpitaux.

Au point de vue administratif, ce système aurait l'avantage de permettre de ne pas recevoir à l'hôpital, mais de traiter, en les laissant chez eux, un grand nombre de malades, qui ne se décident à entrer à l'hôpital que pour avoir des soins médicaux réguliers et obtenir des médicaments. Or, rien ne s'oppose à ce qu'on étende à tous les hôpitaux la distribution des médicaments qui se fait déjà dans les hôpitaux consacrés aux enfants et à l'hôpital Saint-Louis..... »

Nous terminions cet article par les conclusions suivantes :

1° Suppression du bureau central ; 2° division de Paris en circonscriptions hospitalières (1) ; 3° réception des malades indigents dans l'hôpital de leur circonscription ; 4° consultation pour l'admission dans les hôpitaux, par les médecins et chirurgiens titulaires ; 5° consultations externes, vaccinations, distribution des bandages, des bas-varices, etc., par les médecins et les chirurgiens du bureau central ; 6° distribution des médicaments, dans tous les hôpitaux, aux malades externes par les internes en pharmacie, sous la surveillance du pharmacien en chef.

(1) Bourneville. — *Rapport présenté au nom de la 4e Commission sur l'hôpital du Midi* ; n° 65, p. 17.

(2) Dans les hôpitaux ordinaires, il y a constamment un certain nombre de vénériens et de vénériennes qui se comportent comme les autres malades. A Saint-Louis, où ils sont très nombreux et où il y a des hommes et des femmes, ce n'est que par exception qu'on entend parler d'indiscipline. Avec un peu d'habileté et de bienveillance, il est aisé de diriger les malades les plus difficiles. C'est ainsi que, dans les services d'épileptiques et d'hystériques, malades extrêmement désagréables, à cause de leurs affections morbides, des surveillants ou surveillantes capables maintiennent le bon ordre et rendent les querelles très rares. (Note du Rapport). — Dans notre *Rapport sur le budget de l'Assistance publique* pour 1880, nous renouvelions déjà l'exposé de ces mêmes réformes, en insistant sur une bonne organisation des consultations externes avec *secours de maladie*. (Décembre 1879, n° 154, p. 65.)

(1) Afin d'assister les malades le plus près possible de leur demeure.

« Une semblable organisation, ajoutions-nous, fondée sur l'intérêt des malades qui, en fait d'Assistance publique, prime tout autre considération, nous paraît en outre respecter les prérogatives non seulement des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, mais aussi des médecins et des chirurgiens du Bureau central. Enfin, en fournissant les moyens de donner des soins sérieux aux malades externes, elle permet à l'Assistance de réaliser des économies qui l'aideront à soulager un plus grand nombre de malheureux, ce qui doit toujours être son principal objectif. »

Ainsi que nos lecteurs ont pu le constater, M. Fournier se préoccupe surtout dans son rapport de la situation des vénériennes à Paris ; cependant il s'est préoccupé aussi, mais un peu trop sommairement, de leur situation en province.

« Enfin, dit-il, en ce qui concerne la province où règnent encore les vieux préjugés qui assimilent les vénériens à des coupables, les réformes et les créations hospitalières s'imposent avec une urgence encore supérieure.

« Il est venu à notre connaissance que, dans plusieurs de nos départements, les vénériens de l'un ou l'autre sexe, ou bien ne sont pas admis dans les hôpitaux faute de places, ou faute de services spéciaux, ou bien n'y sont admis que dans des réduits immondes, mal éclairés, mal aérés, insalubres, infects (1). » De telles offenses à l'humanité et au bons sens ne sont pas tolérables. Aussi votre Commission vous propose-t-elle d'émettre le vœu suivant :

« VI. Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service pour le traitement des affections vénériennes; — et les locaux affectés à ce dit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène. »

Nous continuerons dans le prochain numéro la publication du rapport de M. Fournier et nous fournirons de nouveaux faits qui confirmeront tout ce que nous avons dit de la déplorable situation des vénériens en province.

BOURNEVILLE.

Les trains sanitaires.

Lundi dernier a eu lieu à la gare Saint-Lazare (compagnie de l'Ouest), une expérience des plus intéressantes. Il s'agissait du fonctionnement du premier train sanitaire construit par cette compagnie pour le compte du Ministère de la guerre. Moyennant une redevance annuelle les Compagnies vont être appelées à construire successivement un matériel suffisant pour pouvoir, le jour de la mobilisation, organiser dix-huit trains sanitaires pour le transport des grands blessés. Le principe de l'établissement de ces trains est dû au médecin-major Rapp. En Allemagne, en Russie, en Autriche, ces trains existent depuis longtemps. Nous serons donc toujours en retard ! Le train formé à Saint-Lazare était destiné à transporter de Paris au Havre 150 blessés environ, mais il paraît qu'on n'a transporté qu'une centaine de ces pseudo-blessés. Il comprenait 25 voitures : 3 au milieu pour les médecins, les infirmiers et la cuisine ; dix voitures en avant et dix en arrière pour les malades et les blessés ; deux fourgons, 1 à chaque extrémité du train, pour les provisions. Les wagons à blessés sont des fourgons à marchandises dans lesquels on a placé 8 lits superposés, 4 à droite, 4 à gauche, avec couloir longitudinal à l'instar des wagons américains. L'expérience a réussi, mais il paraît qu'il y a quelques critiques à faire : l'aération paraît être insuffisante, [illegible] trop élevée; on réclame des plates-formes à l'extrémité des wagons, des freins plus doux, etc. Le wagon pour la cuisine [illegible] qui ont satisfait le plus de monde.

Congrès d'hygiène et de démographie de Vienne. — Comité chargé d'assurer la participation de la France à ce Congrès.

Par arrêté, il est institué auprès du ministre du commerce et de l'industrie un comité chargé d'assurer la participation de la France au Congrès d'hygiène et de démographie de Vienne (section d'hygiène). — Ce comité est composé de la manière suivante : *Président d'honneur* : M. Pasteur. — *Président* : M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — *Vice-Présidents* : MM. Nicolas, conseiller d'État, Monod (H.), directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, Proust, inspecteur général des services sanitaires, Chauveau, membre de l'Institut. — *Secrétaire* : M. Napias, secrétaire général de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — *Secrétaires-adjoints* : MM. A.-J. Martin, secrétaire-général adjoint de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, Paul Roux, sous-chef de bureau de l'hygiène publique. — *Membres*: MM. Arnould, professeur d'hygiène à Lille; Ballet (Gilbert), médecin des hôpitaux de Paris; Bourneville, député; Cernesson, architecte; Chamberland, chef du laboratoire de M. Pasteur; Chassaing, conseiller municipal de Paris; Chautemps, conseiller municipal de Paris; Chevallereau, secrétaire de la rédaction de la *France médicale* ; Colin (Léon), membre de l'Académie de médecine; Cornil, sénateur, professeur à la Faculté de médecine de Paris; De Ranse, directeur de la *Gazette médicale de Paris* ; Drouineau, chirurgien en chef des hôpitaux de La Rochelle ; Du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes; Durand-Claye (Alfred), ingénieur en chef des ponts et chaussées ; Gestin, directeur du service de santé et président du conseil supérieur de santé de la marine ; Ch. Girard, directeur du laboratoire municipal de Paris ; Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Henrot, professeur à l'école de médecine de Reims ; Laborde, directeur des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Paris; Lacassagne, professeur à Lyon; Layet, professeur d'hygiène à Bordeaux ; Lereboullet, directeur de la *Gazette hebdomadaire de médecine*; Marey, professeur au Collège de France ; Nocard, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort; Pamard, chirurgien en chef de l'hôpital d'Avignon ; Peyron, directeur de l'Assistance publique de la Ville de Paris ; Poincarré, professeur d'hygiène à Nancy ; Gabriel Pouchet, professeur agrégé à Paris; Richard, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce ; Robinet, conseiller municipal de Paris ; Rochard, ancien inspecteur général du service de santé de la marine; Strauss, conseiller municipal de Paris; Trélat (Emile), directeur de l'école d'architecture ; Vallin, membre de l'Académie de médecine, secrétaire du comité consultatif d'hygiène publique.

Situation militaire des internes.

M. le Ministre de l'intérieur a fait parvenir à M. Peyron la réponse de M. le Ministre de la guerre à la pétition que lui ont adressée MM. les Internes en médecine et en chirurgie des hopitaux de Paris et par laquelle ces élèves demandent à remplir, en cas de mobilisation, les fonctions d'aide-major dans l'armée. M. le Ministre de la guerre fait savoir que la loi des cadres du 13 mars 1875 ne lui permet pas d'accorder le grade d'aide-major à d'autres personnes qu'à celles qui possèdent le titre de docteur en médecine ou de pharmacien de 1[re] classe, et qu'il se trouve ainsi dans l'impossibilité de donner suite à la pétition de MM. les Internes.

Loi militaire.

La Chambre des députés a adopté, cette semaine, les deux articles suivants :

ARTICLE 25. — Les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions valables pour le grade de docteur en médecine, les officiers de santé, les élèves en pharmacie qui ont leurs inscriptions de stage et les quatre premières inscriptions d'école et les pharmaciens de 2[e] classe peuvent accomplir leur service actif dans un corps de troupe ou dans un hopital militaire en qualité d'infirmiers. Les jeunes gens qui sont pourvus du diplome en médecine, les internes des hopitaux nommés au concours, munis de seize inscriptions valables pour le doctorat et attachés à des établissements hospitaliers dans les villes où se trouve une Faculté de médecine ; les pharmaciens de 1[re] classe et les vétérinaires diplomés accomplissent leur service actif dans un corps de troupe ou dans un hopital militaire en qualité d'auxiliaires. Si, après une année de présence, ils sont l'objet d'un rapport favorable de leurs chefs et subissent avec succès l'examen dont les matières sont déterminées par le ministre, ils peuvent être nommés aides-majors de 3[e] classe de réserve ou aides-vétérinaires de 2[e] classe de réserve et renvoyés dans leurs foyers. Le nombre des jeunes gens qui jouissent du bénéfice de cette disposition est fixé chaque année par le Ministre de la guerre. Les officiers de santé, les étudiants en médecine et en pharmacie, les pharmaciens de 2[e] classe peuvent également être renvoyés dans leurs foyers après une année de présence. Toutefois, les étudiants en médecine et en pharmacie seront tenus de justifier de l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien dans les trois années qui suivront leur retour dans leurs foyers. Sinon, ils seront rappelés comme infirmiers dans les corps de troupe ou les hôpitaux militaires pour y achever les trois années de service actif prescrites par la présente loi.

ART. 26. — Par exception, les sursis accordés aux élèves du service de santé militaire et aux élèves militaires des écoles vétérinaires peuvent être prolongés jusqu'à leur sortie de l'école d'application de médecine militaire et des écoles vétérinaires. Pendant leur séjour dans ces écoles, les élèves sont assujettis à la discipline militaire et soumis aux lois et règlements militaires. Les élèves du

(1) V. *Progrès médical* 1887, n° 12, p. 232; n° 18, p. 351; n° 21, 431. Note du rapport de M. Fournier. — Depuis la lecture de ce rapport à l'Académie, nous avons publié de nouveaux faits (n° 2[illegible], p. 468; — n° 24, p. 478; — n° 25, p. 509).

service de santé militaire et les élèves militaires des écoles vétérinaires contractent, en entrant à l'école, l'engagement de service dans l'armée active pendant dix ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin aide-major de 3e classe ou d'aide-vétérinaire de 2e classe. Ces dispositions sont également applicables aux élèves de l'École de médecine navale.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 11. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *de Doctoral*, 1re *Série* : MM. Baillon, Bourgoin, Pouchet; — 2e *Série*: MM. Gariel, Hanriot, Blanchard. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Lutz, Hanriot, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Bourgoin, Guebhard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Mathias-Duval, Terrier, Reynier; — 2e *Série* : MM. Rémy, Blum, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Trélat, Reclus, Budin ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Marchand, Terrillon. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hotel-Dieu) : MM. Charcot, Blachez, A. Robin.

MARDI 12. — Examens ayant lieu à 9 heures du matin. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Gautier, Lutz, Villejean ; — 2e *Série* : MM. Gariel Bourgoin, Blanchard. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1re *de Doctorat*. 1re *Série*: MM. Baillon, Gariel, Villejean; — 2e *Série* : MM. Gautier, Blanchard, Guebhard ; — 3e *Série* : MM. Lutz, Hanriot, Pouchet. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : Laboulbène, Farabeuf, Bouilly; — 2e *Série* : MM. Mathias-Duval, Marc Sée, Quenu. — 4e *de Doctorat*, MM. Brouardel, Proust, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Duplay, Polaillon, Ribemont-Dessaignes; — (2e partie) 1re *Série*: MM. G. Sée, Troisier, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Ball, Dieulafoy, Debove.

MERCREDI 13. — Examens ayant lieu à 9 heures du matin. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Bourgoin, Blanchard, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Pouchet, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Gautier, Lutz, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Bourgoin, Villejean ; — 3e *Série* : MM. Regnauld, Pouchet, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Farabeuf, Rémy, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Reclus, Straus ; — 3e *Série* : MM. Blum, Marchand, Terrillon, — (*d'Officiat*) 2e définitif : MM. Potain, Terrier, Landouzy.

VENDREDI 15. — Examens ayant lieu à 9 heures du matin. 1er *de Doctorat*, 1re *Série*: MM. Baillon, Lutz, Hanriot ; 2e *Série*: MM. Bourgoin, Blanchard. Pouchet. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 1re *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Lutz, Bourgoin, Guebhard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), MM. Mathias-Duval, Terrier, Straus. (*d'Officiat*), 2e définitif : MM. Damaschino, Rémy, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) 1re *Série* : MM. Trélat, Reclus, Budin ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Marchand, Terrillon ; — (2e partie) : MM. Charcot, Blachez, A. Robin.

SAMEDI 16. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM Lutz, Blanchard, Pouchet ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Hanriot, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 heure. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Grancher, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Cornil, P[illegible] ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Hutinel. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. Duplay, Polaillon, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie) : MM. Ball, Troisier, Hallopeau.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mardi 12. — Mme V[illegible]dart. Des limites de la conservation après les [illegible] de la main. — M. F[illegible]tal. Veines de l'orbite. — M. Faucillon. De l'intervention chirurgicale dans l'[illegible] des vertèbres lombaires. — M. Despagnet. De l'[illegible] suppurative dans le leucome adhérent de la cornée. — M. Muller. De la toux utérine. — M. Droubaix. Contribution à l'étude des hemorrhagies des capsules surrénales. — M. Fo[illegible]. Des gommes de la peau dans la syphilis héréditaire. — M. Imbert. Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse. — *Mercredi* 13. — M. Ma[illegible] dit Sicard. De l'étiologie héréditaire de la paralysie spinale infantile aigue. — M. Bourelly. De [illegible] locale des extrémités envisagée comme symptôme[illegible]. — M. [illegible]. Des dermatoses simulées. — *Samedi* 16. — M. Malaingre. Histoire des épidémies de l'arrondissement de Chaumont. — M. R[illegible]. Maladie de Puget. — M. Bataille. Traumatisme et névropathie. — M. T[illegible]. De l'uréthrite goutteuse. — M. Mory. De la mort apparente des nouveau-nés.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 juin 1887 au samedi 2 juillet 1887, les naissances ont été au nombre de 1070, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 417 ; illégitimes, 148. Total, 565. — *Sexe féminin* : légitimes, 344 ; illégitimes, 161. Total, 505.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 juin 1887 au samedi 2 juillet 1887, les décès ont été au nombre de 000, savoir : 000 hommes et 000 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 04. T. 8 — Variole : M. 3, F. 4, T. 7. — Rougeole : M. 13, F. 16. T. 29. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 4, F. 1. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 16 F. 8, T. 25. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 115, F. 64. T. 179. — Autres tuberculoses : M. 10 F. 6. T. 16. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2. T. 2. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 30. T. 50. — Méningite simple : M. 20, F. 13. T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 18, F. 16. T. 34. — Paralysie : M. 3, F. 0. T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 5. T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 23. T. 43. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 8 T. 14. — Bronchite chronique : M. 8, F. 18. T. 26. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 10. T. 18. — Pneumonie M. 13, F. 16. T. 29. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 21. T. 41. — Gastro-entérite, sein : M. 12, F. 15. T. 27. — Autres gastro-entérite : M. 3, F. 4. T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0 T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 12, F. 9, T. 21. — Sénilité : M. 9, F. 14. T. 23. — Suicide : M. 11, F. 8. T. 19. — Autres morts violentes : M. 6, F. 5. T. 11. — Autres causes de mort : M. 94. F. 52. T. 146. — Causes restées inconnues : M. 2. F. 4. T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 11. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 22; illégitimes, 3. Total : 25.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. L. CHABRY a soutenu, le samedi 2 juillet 1887, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de mathématiques de la Sorbonne, pour le doctorat ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « *Embryologie normale et tératologique des Ascidies.* » — Mercredi dernier, à neuf heures du matin, M. LE CHATELIER a soutenu, dans le même amphithéâtre, une thèse de doctorat ès sciences physiques, ayant pour titre : « *Recherches expérimentales sur la constitution des ciments hydrauliques.* »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Clinical chirurgical.* — Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé samedi dernier 2 juillet 1887, par la nomination de M. le Dr BEURNIER comme chef de clinique titulaire et de M. le Dr MICHAUX comme chef de clinique adjoint. — *Clinicat médical.* L'épeuve d'anatomie pathologique du concours du clinicat médical a eu lieu la semaine dernière. Après la séance d'élimination. MM. les Drs Carron de la Carrière, Durand-Fardel, Martinet et Pignol ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. — *Concours du Prosectorat.* La question donnée, jeudi 30 juin, pour l'épreuve orale de pathologie externe aux candidats du concours de prosectorat de la Faculté de médecine, a été : « *Les Kystes du cordon testiculaire.* L'un des candidats M. Schilleau, s'est retiré alors du concours. Mardi 5 juillet a eu lieu l'épreuve d'histologie; la question donnée a été : *Montrer les fibres musculaires des muscles striés, du cœur, des artérioles.* Le jeudi 7 juillet a eu lieu l'épreuve de médecine operatoire à 3 h. moins 1/4 (*Ligature de l'humérale au pli du coude; désarticulation du poignet*) : à la fin de cette épreuve il y a eu la démonstration des pièces sèches et la nomination des candidats. MM. Lejars et Villemin ont été nommés prosecteurs titulaires, et M. Delb[illegible], prosecteur provisoire. — *Concours du clinicat médical et des maladies du système nerveux.* La dernière épreuve a eu lieu hier [illegible] à [illegible] à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté a désigné le jury d'examen suivant pour [illegible] en juillet-août à Nantes, Caen et Rennes : 1° Premier de doctorat (Nantes, Caen et Rennes), MM. Gautier, Gariel, Blanchard ; — 2° Deuxième de doctorat, 2e partie (Nantes), MM. Gautier, Mathias-Duval, Ch. Richet.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — M. le Dr PAWLIK, docent d'accouchements et de gynécologie à la Faculté [illegible] de Vienne vient d'être nommé professeur ordinaire [illegible] tchèque à la Faculté de médecine de Prague et M. EBERNDORFER est nommé dans la même qualité à la Faculté médicale d'Innsbruck. — [illegible] Professeur K[illegible] à l'Université de Saint-Pétersbourg [illegible] de chirurgie à l'[illegible] Dr NASILOW.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. [illegible] M. Poubelle, préfet de la Seine, vient de nommer membre de cette commission M. BAILLY, conseiller général, ancien inspecteur général de l'Assistance publique, en remplacement de M. Davoust, démissionnaire. C'est là un choix excellent.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Legs Martin-Damourette.* Les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences de l'Institut de France sont autorisés à accepter, aux clauses et conditions imposées, mais jusqu'à concurrence de moitié seulement, le legs d'une somme de quarante mille francs que le sieur Martin Damourette a fait à ladite Académie par son testament olographe en date du 3 avril 1883. Le produit du legs ainsi réduit, qui sera placé en rente 3 0/0 sur l'Etat français devra être consacré à la fondation d'un prix annuel ou bisannuel de physiologie thérapeutique.

ASILES D'ALIÉNÉS. — M. le Dr LEMOINE, agrégé de la Faculté de Lille, médecin-adjoint de l'Asile d'Armentières, est nommé médecin-adjoint de l'Asile de Bailleul, en remplacement de M. le Dr GARNIER, nommé directeur-médecin en chef de l'Asile de la Charité. — M. le Dr Gilbert PETIT, ancien interne des Asiles de la Seine, est nommé médecin-adjoint de l'Asile d'Armentières, en remplacement de M. le Dr Lemoine, et a été promu à la 2e classe de son grade (2,400 fr.). Nous félicitons vivement notre ami. (M. B.)

BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — M. le Dr GORNARD-CHANTREAU a été nommé administrateur du bureau de bienfaisanee du IXe arrondissement de Paris.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL EN MÉDECINE. — Le concours pour trois places de médecine du Bureau central vient de se terminer pour les nominations de MM. Josias, Juhel-Rénoy, Hippolyte Martin.

Nos lecteurs applaudirons avec nous au succès de notre ami et dévoué collaborateur, le Dr A. JOSIAS.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par arrêté ministériel, en date du 2 juillet 1887, le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le lundi 25 juillet 1887. La durée de cette session sera de cinq jours.

EPIDÉMIES. — L'épidémie de fièvre typhoide signalée à Lorient à bord de l'*Iphigénie* parait devoir être très bénigne.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours s'ouvrira, le 1er octobre prochain, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour un emploi de professeur agrégé de clinique médicale.

FEMMES PROFESSEURS — Mme CHURCH. docteur en médecine, qui a visité à différentes reprises les principales cliniques de l'Europe, notamment celles de notre Faculté de Paris, vient d'être nommée professeur de gynécologie à l'Université de Boston.

HÔPITAUX DE PARIS. *Bureau central de chirurgie.* — Les questions données à la troisième épreuve (épreuve orale) du concours des chirurgiens des hôpitaux civils de Paris sont : 1° *Diagnostic de la coxalgie* ; 2° *Imperforation congénitale de l'anus* ; 3° *Diagnostic et traitement du rétrécissement du rectum* ; 4° *Anatomie pathologique, signes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens.* Cette épreuve s'est terminée vendredi soir 1er juillet 1886 et, après l'élimination, seuls ont été admis à subir les épreuves définitives, les huit candidats dont les noms suivent : MM. les Drs Picqué, Walther, Michaux, Tuffier, Jullien, Petit-Vendol, Castex et Rémy.

HÔPITAUX MARITIMES. — La *Province médicale* (n° 27 p. 434), nous apprend que, grâce à M. Sabran, président du conseil d'administration des hôpitaux de Lyon, cette ville sera bientôt dotée d'un hôpital maritime; l'Administration fait en ce moment un essai dans la presqu'ile de Gien située au sud d'Hyères, en face des iles du même nom; vingt malades y sont actuellement installés.

INAUGURATION DU CERCLE DES ÉTUDIANTS A MONTPELLIER. — Cette inauguration a eu lieu dimanche, 12 juin. M. Keller, inspecteur général des Facultés des lettres, M. Accarias, inspecteur général des Facultés de droit, le Recteur de l'Académie, les doyens des Facultés, beaucoup de professeurs, d'agrégés et de nombreux étudiants assistaient à la cérémonie. Les membres du Bureau, avec une courtoisie et une amabilité parfaites, ont reçus les invités et leur ont fait les honneurs du Cercle.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE A WASHINGTON EN SEPTEMBRE. — Le *Journal of the American Association* du 19 mars 1887 donne les renseignements suivants : Le comité d'organisation, que préside le Dr Garnett, 1319, avenue de New-Yorck, à Washington, a pris des mesures bienveillantes en faveur des membres du Congrès, tant au point de vue des logements qu'au point de vue des lignes de paquebots. Et d'abord voici les tarifs des principaux hôtels et maisons meublées de Washington : The Arlington Hôtel ; Riggs House ; Willard's Hôtel, de 3 dollars à 3 dollars 50 par jour ; — Metropolitan Hôtel et National Hôtel, 3 dollars par jour. On sait que le dollar américain représente cinq francs de la monnaie française. Les prix ci-dessus énoncés comprennent, non seulement le logement, mais encore la nourriture, l'éclairage, etc. D'autres hôtels, aménagés à l'européenne, c'est-à-dire ne donnant que le logement, fourniront des chambres à raison de 1 à 2 dollars par jour. Des maisons meublées de premère classe offriront des chambres pour 1 dollar à 1 dollar 50. Depuis les renseignements qui ont été publiés antérieurement le Comité a fait savoir que, outre les vapeurs transatlantiques indiqués déjà, la ligne *Nord Geaman Lloyd* a fixé, pour les membres du Congrès et leurs familles, le prix du voyage de Brême à New-York et retour, à la somme de 187 dollars 50, et que la ligne *Cunard* consent à réduire ses prix habituels de 10 0/0. Le *Albaugh's* et le *National Théâtre*, ainsi que *Willard's Hall* ont été retenus pour les usages du Congrès. Le Halle de Willard sera le *Quartier général* ou centre de réunion, et le siège du bureau d'inscription. Le Congrès des Etats-Unis, avant de se séparer, a voté 10,000 dollars (50,000 francs) pour subvenir aux frais nécessaires du Congrès médical.

MÉDECINS-INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES. — M. le Dr BERTHET, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est nommé médecin-inspecteur des eaux de Bourbon-Lancy.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le Dr KUHN, membre du Comité d'organisation de l'Exposition de 1889, est chargé d'une mission pour étudier au Congrès médical de Washington les instruments de chirurgie et notamment ceux qui intéressent l'art dentaire.

RÉCOMPENSES. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné des mentions honorables à MM. Nicolas et Laherre, internes en médecine à Constantine, pour leur dévouement en 1886 pendant l'épidémie cholérique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 11 juillet 1887, à 4 heures très précises au Palais de Justice, dans la salle des Référés. Ordre du jour : M. Brouardel : Sur une question de responsabilité médicale. — M. Pouchet : Etude sur les perturbations apportées par les ptomaines dans les graphiques du tracé musculaire obtenu à l'aide des grenouilles vératrinisées. — M. Descoust : Discussion de la communication de M. le Dr Budin sur les ruptures spontanées du cordon. — M. Lutaud : Compte rendu d'un travail de M. le Dr Ruis, de Philadelphie. « De la naissance en vie dans ses relations médico-légales. » — M. Liégey : Un cas de mort subite d'un enfant à la mamelle.

SUPERFÉTATION. — Le Dr Nowlin, appelé auprès d'une négresse en travail, arriva comme elle venait de mettre au monde deux jumeaux. L'un d'eux était un pur africain, offrant les traits typiques de sa race ; l'autre était un beau mulâtre, présentant les caractères manifestes de la race caucassienne. La mère, ainsi que son mari, était un type de nègre africain très pur. Questionnée en particulier par le Dr Nowlin, elle lui avoua que le lendemain du jour où elle avait eu des rapports avec son mari, elle s'était livrée à un homme de race blanche. Il y avait deux placentas et deux cordons distincts. (*The med. Rec.*, 26 mars 1887 et *Union médicale*).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr GALZIN, médecin militaire décédé au Tonkin. — M. le Dr ALBANUS (de Riga). — M. le Pr ROUSSET, de Marseille, décédé le 12 juin à Verquières, près Arles. D'abord suppléant de chimie à l'Ecole préparatoire de Marseille, il fut ensuite nommé professeur de pharmacie en 1868. Lors de la transformation de l'Ecole il choisit la chaire de matière médicale. Il prit enfin possession de la chaire de chimie après la mort de Favre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boul. Saint-Germain.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES. Publié sous la direction de MM. A. DECHAMBRE et A. LEREBOULLET. — Vient de paraitre de la 1re *Série* A-E: tome XXXIV, 1re partie : EMBRENCEP. Nous y remarquons les articles suivants : Empoisonnement, Encéphale. Volume in-8 de 400 pages, avec figures. — 2e *Série* L-P : Tome XXIII, 1re partie : PERIC-PERIT. Nous y remarquons les articles suivants : Péricarde, Périnée, Périoste, Périostite, Péritoine, Péritonite. Volume in-8 de 400 pages, avec figures. — 4e *Série* F-K : Tome XII, 2e partie: HANHEMA. Nous y remarquons les articles suivants : Hanche, Haschisch, Hellébore, Helminthes, Helvetique (Confédération), Hématocèle. Volume in-8 de 431 pages, avec figures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 29. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 16 JUILLET 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — M. le professeur **GUYON**.

Des cystites douloureuses ;

Leçon recueillie par le Dr S. G. CLADO, ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

Dans la dernière conférence clinique, je me suis occupé d'une variété de cystite, caractérisée par la prédominance d'un symptôme, l'expulsion de produits membraneux.

Je me propose aujourd'hui de vous décrire une autre espèce de cystite individualisée, elle aussi, par un symptôme qui n'est qu'une exagération d'un compagnon habituel de toutes les cystites, je veux parler de la douleur.

Dans l'état actuel de la science, une classification rigoureuse des cystites ne saurait se baser ni sur les lésions anatomo-pathologiques, encore peu connues, ni sur l'apparition d'un symptôme nouveau ou sur l'exagération d'un symptôme prédominant.

C'est donc une dérogation à la règle scientifique, mais nécessaire au point de vue clinique.

La cystite pseudo-membraneuse réclamait une description spéciale, à cause des fausses membranes qui lui font prendre des allures particulières; il est donc tout naturel que la cystite douloureuse devienne, elle aussi, le sujet d'une description à part, à cause de ce grand phénomène douleur qui domine toute son évolution.

Toute espèce de cystite peut prendre les caractères d'une cystite douloureuse. Pénétrez-vous donc de ce fait, messieurs, c'est que ce n'est pas une entité morbide que je me propose de vous décrire aujourd'hui; mais simplement une évolution clinique de n'importe quelle cystite dont l'élément douleur est exagéré d'une façon permanente et nécessite dès lors un traitement spécial.

Avant d'aborder son étude, permettez-moi de vous donner un aperçu de la sensibilité vésicale à l'état normal et à l'état pathologique. Cela vous servira non seulement pour saisir la pathogénie de la cystite douloureuse, mais encore aux moyens que vous devez employer pour arriver à son diagnostic.

La sensibilité de la vessie se révèle dans deux conditions : 1° par le contact; 2° par la distension.

La sensibilité, au contact, est très obscure. Parcourez avec un explorateur ou un instrument quelconque le canal de l'urèthre et vous verrez que vous serez souvent arrêtés au niveau du ligament de Carcassonne par le sphincter uréthral, mais qu'une fois ce point franchi, vous arriverez facilement dans la vessie. Si le malade, au moment où l'instrument a subi un temps d'arrêt, accuse quelque douleur, au moment où ce même instrument franchit le col, aucune plainte ne se fait entendre. C'est à peine si vous rencontrerez quelques malades chez lesquels la traversée du col se traduit par des envies d'uriner.

Touchez ensuite la paroi postérieure de la vessie à l'aide de votre instrument, le malade n'en souffre nullement. Il ne sent même pas le contact de l'instrument.

Cet examen de la sensibilité vésicale, surtout pour ce qui concerne le col, peut être fait avec un instrument recourbé, de préférence un cathéter métallique; une fois que celui-ci a pénétré dans la cavité vésicale, ramenez-le vers le col. Grâce à sa forme, il touchera fatalement le pourtour du col, que vous pourrez explorer à loisir dans toute son étendue, en tournant le bec de l'instrument dans la direction voulue.

Ces manœuvres, que j'ai répétées plusieurs fois, m'ont donné à peu près les mêmes résultats que l'examen à l'aide de l'explorateur olivaire.

Si j'insiste, messieurs, sur ce point, c'est qu'on a voulu assimiler la sensibilité cervicale de la vessie à la sensibilité anale. De la fissure à l'anus de la fissure du col de la vessie, il n'y avait qu'un pas. On a décrit la cystite douloureuse comme une fissure du col de la vessie avec contracture de ses fibres musculaires.

Cette explication pathogénique, qui va à l'envers des faits cliniques bien observés, ne se base sur aucun fait anatomo-pathologique. Elle peut entraîner à des déductions thérapeutiques irrationnelles et vous obliger à agir sur le col, alors que c'est le corps de la vessie qu'il faudrait attaquer.

La sensibilité normale de la vessie se réveille, au contraire, tous les jours chez l'homme sain au moment de la miction, c'est-à-dire au moment où le réservoir, suffisamment distendu par l'arrivée d'une certaine quantité d'urine, provoque le réflexe de la miction.

Ce que l'organisme fait à l'état normal, vous pouvez le faire en introduisant une solution antiseptique *tiède* dans le réservoir de l'urine. Aussitôt que vous avez injecté 200, 250 grammes de liquide, la sensibilité vésicale se réveille et l'envie d'uriner devient d'autant plus violente et plus irrésistible que vous injectez des nouvelles quantités d'eau.

C'est donc la mise en tension de la paroi vésicale qui réveillera surtout la douleur dans les cas pathologiques.

Chez le numéro 17 de la salle des hommes, la sensibilité uréthrale n'est pas exagérée, bien que dans les états douloureux de la vessie il y ait très souvent de la contracture du sphincter de la portion membraneuse. Au contraire, au moment où l'instrument a franchi le col, vous réveillez chez lui une sensibilté toute particulière. Par conséquent, la sensibilité au toucher, si obscure à l'état normal, devient très évidente à l'état pathologique et se traduit par la douleur toutes les fois qu'un point malade de la vessie est touché.

Y a-t-il maintenant un point de la cavité vésicale plus spécialement douloureux en cas d'inflammation de la muqueuse ? Certains auteurs ont soutenu que ce col était, sinon exclusivement, tout au moins particulièrement douloureux dans ces circonstances.

Pour mon compte, je désirerais renverser la proposition, mais je dois affirmer, en tous cas, que le fond est au moins aussi douloureux que le col.

En résumé, messieurs, dans une vessie à l'état pathologique, il y a, pour ainsi dire création de la sensibilité au contact, qui devient très vive, et toujours exagération extrême d'un fait normal la sensibilité à la distension. Ces malades souffrent aussitôt que la vessie se

distend c'est pourquoi ils ne peuvent garder que de faibles quantités d'urine. Ils sont obligés d'uriner aussitôt l'arrivée de l'urine dans la vessie. Ce n'est donc pas le col qui est en contracture dans ce cas, mais bien le corps de la vessie, puisque c'est lui qui est surtout sensible. Il est vrai que les malades souffrent pour rendre l'urine, mais ils souffrent encore davantage, ils souffrent surtout pour la garder.

Quel est maintenant l'état pathologique auquel convient le nom de cystite douloureuse?

Aucune inflammation vésicale, aucune cystite n'est à l'abri de la douleur, mais de ce qu'un malade souffre dans une période quelconque de sa cystite, vous ne devez pas, pour cela, le considérer comme atteint de cystite douloureuse.

Par exemple, un malade atteint de cystite blennorrhagique ou calculeuse peut, à un moment donné, éprouver des douleurs excessives qui cèdent plus ou moins facilement à un traitement approprié. Faut-il pour cela le considérer comme atteint de véritable cystite douloureuse? Certes, non. Ce n'est pas l'exagération du symptôme douloureux qui est nécessaire, mais encore sa persistance, sa forme particulière, sa résistance aux différents moyens thérapeutiques, qui guérissent la douleur d'une cystite ordinaire. Au point de vue de la physiologie pathologique, il faut qu'il y ait contracture permanente du muscle vésical. La preuve en est que vous guérissez ce malade seulement lorsque vous avez vaincu la contracture. L'immobilisation du muscle vésical, qui résulte de la cystotomie fait disparaître la contracture et guérit la douleur.

Le N° 17 de la salle St-Vincent que vous avez vu ce matin en fait foi. Avant ce traitement il urinait toutes les 20 minutes, actuellement il garde ses urines pendant heures sans souffrir.

Si vous êtes en face d'un calculeux atteint de cystite vous pouvez avoir recours à la lithotritie après distension préalable de la vessie; mais vous vous repentirez, peut être, si vous essayez le même traitement chez un calculeux atteint de cystite douloureuse. La distension de la cavité vésicale devient très difficile, sinon impossible, à cause de la contracture.

Ces prémices posées voyons quelle est l'étiologie, quels sont les symptômes de la maladie et quel traitement devons-nous lui opposer.

J'ai fait l'étiologie de la cystite douloureuse en vous disant au début qu'aucune inflammation vésicale n'en était à l'abri. Cependant cette forme est plus fréquente dans l'inflammation de la muqueuse vésicale liée à une éruption tuberculeuse dans la vessie ou à l'envahissement du réservoir par le microbe de la blennorrhagie. Viennent ensuite par ordre de fréquence les cystiques calculeux, néoplasiques, les cystiques prostatiques. Mais disons cependant que la cystite douloureuse des prostatiques est très rare. Les sujets impressionnables à antécédents héréditaires ou personnel nerveux sont plus particulièrement exposés à la cystite douloureuse.

Si, messieurs, toutes les inflammations vésicales peuvent revêtir la forme que nous décrivons, quelques circonstances accessoires peuvent avoir une influence dans sa détermination. Je fais allusion aux explorations maladroites et aux traitements intempestifs.

J'ai vu par exemple des cystites tuberculeuses devenir des cystites douloureuses à la suite de manœuvres intra-vésicales.

Une des méthodes banales, généralement employées consiste à traiter les cystites par les lavages. Si la cystite ainsi traitée parcourt sa période aiguë elle peut passer facilement à l'état douloureux permanent. Pour peu que la vessie soit soumise à la tension, les injections aggravent la situation.

Vous voyez, messieurs, que dans le premier exemple choisi c'est la sensibilité au contact, malencontreusement réveillée, qui a été la cause provocatrice de la cystite douloureuse, dans le second, au contraire, c'est la sensibilité à la distension qui lui a donné naissance.

Pour mon compte, si j'évite autant que possible les manœuvres par contact, je me méfie encore plus du traitement qui met en distension la paroi vésicale, et si je n'hésite pas à employer des manœuvres qui ne nécessitent que le contact lorsqu'elles sont indiquées, je repousse toujours celles que nécessitent la distension.

Ce n'est pas en quelques jours que vous arriverez à saisir l'évolution symptomatique de la cystite douloureuse et à établir le diagnostic. Il vous faut à la fois une explication méthodique et une observation durable du malade.

Les trois malades que je vous montrais ce matin ont été soumis à mon observation pendant plusieurs semaines et ce n'est que lorsque l'observation rigoureuse et l'échec de différents traitements employés m'ont dicté un diagnostic précis que je me suis décidé à intervenir activement. Je pourrais vous citer une vingtaine de cas pour lesquels j'ai tenu la même conduite.

Si l'observation prolongée est nécessaire pour le diagnostic de la cystite douloureuse un examen méthodique peut déjà nous faire prévoir son existence, et en tous cas nous permettre d'instituer un traitement rationnel qui, s'il ne peut réussir à guérir cette variété de cystite, du moins n'aggravera pas les troubles fonctionnels dont elle est accompagnée.

Comment devez-vous procéder à la recherche du symptôme douleur? Vous le ferez à l'aide du palper, du toucher et à l'aide de l'exploration intra-vésicale.

Pour examiner une vessie par la palpation vous devez la vider ou la faire évacuer préalablement. Ce que j'ai dit à propos de la sensibilité à la tension vous montre pourquoi la vessie doit être évacuée au préalable. — Vous pouvez en effet réveiller une certaine sensibilité en palpant la région hypogastrique d'un malade dont la *vessie saine* est remplie de liquide. La compression que vous y exercez en effet, augmente la tension intra-vésicale, en tendant pour ainsi dire à diminuer la capacité de l'organe.

La vessie vide, introduisez l'index dans le rectum et exercez une certaine pression au niveau du bas fond. Si la douleur ainsi provoquée est grande c'est déjà un symptôme d'une certaine importance. Dans la cystite ordinaire la sensibilité de la base de la vessie est peu vive, elle n'existe pas dans l'état physiologique. Je désigne cette manœuvre sous le nom de *pression simple*. La *pression combinée* consiste à refouler à l'aide de l'autre main placée à plat sur l'abdomen la vessie contre le doigt rectal. La douleur que la pression simple nous révélait tout à l'heure deviendra plus aiguë.

Mais poursuivez encore vos recherches et tâchez de mettre à votre disposition, pour ainsi dire, la somme de douleur nécessaire au diagnostic. Recourbez le doigt rectal en crochet et comprimez la vessie contre la symphyse pubienne; si les deux manœuvres précédentes sont restées muettes, certainement le malade accusera quelque douleur par ce procédé. Il est cependant ha-

bituel que ces deux modes d'exploration, pression combinée à travers l'hypogastre et le rectum, pression contre le pubis, déterminent invariablement de la douleur lorsqu'il y a cystite. Le degré de la douleur vous sert d'indicateur. Il est très élevé dans les cystites douloureuses; plus encore par la pression combinée que par la pression contre le pubis. Et cependant cette dernière exploration porte plus particulièrement au niveau du col et des parties qui l'avoisinent.

L'examen méthodique intravésical est encore plus instructif que le palper vésical. Comme vous devez le faire pour tous les urinaires, tout d'abord vous explorerez l'urèthre et la vessie à l'aide d'un explorateur olivaire, instrument souple.

Votre explorateur peut parcourir tout le canal de l'urèthre sans provoquer aucun phénomène. Seule la région membraneuse est sensible. Sa sensibilité peut être au-dessus de la normale, ce qui est plus habituel c'est que le sphincter soit contracturé et oppose quelque résistance à l'instrument. Lorsque la boule est arrivée au niveau du col de la vessie et le franchit, le malade peut ne pas accuser de douleur. L'instrument ne peut, il est vrai, qu'effleurer l'entrée de la vessie, mais vous aurez bientôt la preuve que le contact le plus léger est l'occasion d'une très vive douleur. Votre instrument touche bientôt la paroi postérieure. A peine y est-il arrivé que le malade exprime sa souffrance. Elle peut être excessive. Ce n'est point une localisation spéciale, car si vous promenez la boule exploratrice vous éveillerez les mêmes sensations, quel que soit le point de la vessie où s'opèrera le contact.

Le retrait de l'instrument ne détermine pas de sensation spéciale au niveau du col, ce qui démontre que malgré l'état douloureux du corps, l'orifice de la vessie n'est pas contracturé. La boule ne s'arrête qu'au niveau de la portion membraneuse.

C'est une notion qu'il ne faut pas perdre de vue, car il est intéressant et important de mesurer la capacité de la vessie. Il est facile d'avoir exactement son diamètre antéro-postérieur; il suffit, au moment où commence le retrait de l'instrument, de mettre le doigt sur la tige au niveau même du méat. Lorsque la boule est dans la portion membraneuse, la distance qui sépare le doigt du méat indique la distance parcourue par l'instrument. En déduisant trois centimètres on a la profondeur exacte de la vessie et l'on en peut déduire les autres diamètres.

Vous constaterez souvent une grande diminution de capacité. Le diamètre antéro-postérieur peut être réduit à cinq, quatre, trois centimètres. Et si vous cherchiez à mesurer la quantité de liquide que peut accepter le réservoir vésical, vous aurez bien vite acquis la preuve que c'est à peine quelques grammes qui peuvent à grand peine être tolérés.

Je ne saurais vous engager à vous livrer à ce mode d'exploration, quelqu'instructif qu'il soit. L'observation du malade vous a déjà appris que chacune des mictions ne produisait que de très petites quantités de liquide. Cela seul suffirait pour vous démontrer que le corps est revenu sur lui-même, qu'il est en état de contracture. Les résultats de la mensuration y ajoutent un nouvel élément de démonstration. Et cette démonstration s'appuie sur une contre-preuve lorsque vous revoyez les malades guéris, vous constatez alors que non seulement le diamètre antéro-postérieur a 10 et 12 centimètres comme chez les opérés que nous avons examinés ensemble, mais que la capacité de la vessie est suffisante pour retenir les urines pendant trois et quatre heures. Cependant les malades auxquels je fais allusion sont actuellement en état de rechute, mais ils ont passé du grand état douloureux à cette situation d'intensité petite ou moyenne qui modifie si grandement et la physionomie de la maladie et sa thérapeutique, alors que vous n'avez fait que la seule exploration que permet la boule olivaire vous avez donc recueilli des renseignements qui vous permettent de mettre nettement en relief et d'opposer la contracture du corps à la non contracture du col; vous avez de plus la preuve que la sensibilité du corps est exaltée, souvent excessive, et vous avez toutes les notions nécessaires de la capacité de la vessie. Il ne vous serait cependant pas permis de vous prononcer sur le véritable état du col au point de vue de sa sensibilité ni même sur celle des parties latérales supérieures et inférieures de la vessie si vous ne recourrez pas à l'exploration métallique.

A l'aide de l'instrument explorateur à petite courbure vous allez méthodiquement toucher les différents points de la surface interne du corps, l'anneau du col et son pourtour aussi bien du côté de l'urèthre que de la vessie. Le résultat est intéressant mais il était en quelque sorte prévu par l'examen opéré à l'aide de l'instrument souple. Toutes ces parties de la surface interne de la vessie sont également douloureuses, il n'y a pas de différence appréciable entre la sensibilité du col et celle du corps, et s'il y en avait une je serais tenté d'affirmer d'après le résultat de mes examens qu'elle est en faveur du corps et non du col comme on l'a trop facilement accepté en se basant sur des inductions tirées d'une physiologie défectueuse.

L'étude des symptômes rationnels a aussi son intérêt. Les malades affectés de cystite douloureuse souffrent à la manière des calculeux.

Ils souffrent surtout lorsqu'ils sont debout. La marche, les efforts, le cahot de la voiture, etc., exaspèrent leurs douleurs. Quelques malades présentent une démarche presque caractéristique. Ils sont recourbés en avant, marchent pour ainsi dire en glissant sur le sol et à pas comptés. Un jeune officier de cavalerie, que j'ai opéré et guéri, marchait pendant sa maladie comme un vieillard.

Un malade que j'ai longtemps suivi et guéri sans opération, était obligé de résister à l'obsession de médecins qui voulaient qu'il fut calculeux parce qu'il ne pouvait passer, sans souffrir, de la position horizontale à la verticale. Il vécut de longs mois, les jambes allongées.

La douleur se montre donc aussi bien en dehors de la miction que pendant la miction. Mais elle est beaucoup plus vive pendant cet acte physiologique. Il n'y a pas de localisation spéciale. Le bas ventre, le périnée, la verge, etc., peuvent en être le siège. Souvent vous la trouverez accompagnant surtout les mictions nocturnes à cause de la congestion qui se fait dans la vessie sous l'influence du sommeil.

Le nombre des mictions est augmenté, quelquefois à tel point que les malades urinent tous les cinq minutes et toujours au prix de grandes douleurs. L'explication de ce fait est fournie par la contracture du muscle vésical.

On comprend, comme je viens de vous le dire, que ces symptômes puissent faire penser à la présence d'un calcul. Elle ne peut cependant être acceptée comme possible que dans les cas où il y a à la fois : cystite et calcul. Dans ces conditions le diagnostic est certainement délicat et peut être difficile.

L'erreur peut déjà être évitée par l'étude de la marche de la maladie. Les phénomènes de cystite chez un calculeux ne sont, en effet, qu'un épiphénomène qui vient s'ajouter à d'autres symptômes préexistants, symptômes qui avaient des caractères bien différents de ceux de la cystite, je n'ai pas à vous les rappeler, mais vous savez que les calculeux ne souffrent, quand ils n'ont pas de cystite, que sous l'influence de la locomotion du calcul, que leurs douleurs disparaissent complètement la nuit, qu'elles ne sont donc pas continues, qu'ils ont des hématuries caractéristiques. L'histoire de la maladie vous renseignera donc de la manière la plus utile et le plus souvent d'une façon péremptoire. Si vous arrivez à l'exploration ce sera à titre de contrôle d'une opinion déjà bien assise. En tout cas, vous devrez recourir au chloroforme. Vous anesthésirez non pas seulement pour éviter des souffrances au malade mais pour supprimer la douleur au contact. L'anesthésie vous le permet. Mais vous n'oublierez pas que même très profonde elle ne supprime pas la sensibilité et la distension et vous vous garderez de la provoquer sous prétexte de mieux explorer. Vous arriveriez à ne pouvoir rien faire de bon. Pourquoi maintenant la douleur de la cystite qui nous occupe ressemble-t-elle à celle du calculeux ? c'est parce que, à l'état pathologique, l'urine devient, en quelque sorte, un corps étranger pour la paroi vésicale souffrante, et comme le calcul, elle irrite la paroi chaque fois qu'une cause quelconque vient la mettre en mouvement. Et ce phénomène se produit parce qu'à l'état pathologique la sensibilité au contact existe tandis qu'elle est à peine appréciable à l'état physiologique.

Pour compléter le diagnostic de la cystite douloureuse, vous devez encore rechercher la cause qui lui a donné naissance (tuberculose, blennorrhagie, calcul, etc.). C'est ainsi que le traitement adressé à la cause fera souvent disparaître la douleur. Mais quelquefois aussi malgré la disparition de la cause, la cystite douloureuse persiste et réclame un traitement plus énergique.

Vous devez enfin, au point de vue des indications, admettre deux variétés de cystite douloureuse : 1° Les grands cas ; 2° Les cas moyens ou légers.

Dans les cas légers, le traitement, non opératoire, peut faire diminuer la douleur ou amener une grande amélioration et même une guérison complète.

Dans les grands cas, au contraire, la maladie déjoue la thérapeutique non opératoire. Il n'existe aucun moment d'accalmie, la marche est croissante et l'aggravation presque fatale. C'est alors l'opération seule qui met fin aux accidents ou qui les améliore d'une façon permanente, et si plus tard une rechute se produit celle-ci ne constitue qu'un cas moyen.

Permettez-moi de mettre sous vos yeux le tableau synoptique du malade n° 17, qui atteint, avant l'opération d'une cystite douloureuse fort grave, d'origine blennorrhagique, nous offre actuellement une rechute, qui le classe dans les cas légers.

Avant l'opération, ce malade urinait toutes les vingt minutes au prix de douleurs atroces ; actuellement, il n'urine plus que quatre fois par jour ; il souffre peu. La nuit, il urinait plus de vingt fois, alors qu'aujourd'hui il urine à peine cinq ou six fois.

Avant l'opération, la station debout était pénible, la marche causait de grandes douleurs, même dans les intervalles de la miction. Maintenant il se promène deux ou trois heures dans la salle sans ressentir aucune douleur et ne souffre que pendant la miction.

Grâce à l'influence heureuse de l'opération, l'amaigrissement qui existait auparavant a fait place à un état général très satisfaisant.

Vous avez pu voir ce matin que l'examen direct a été assez bien supporté, alors que dans les premiers temps il devenait cause de violentes douleurs. Enfin il supporte le traitement local et même les lavages.

Le n° 18, couché à côté de lui, est également un exemple de rechute à forme légère et présente les mêmes contrastes.

La malade couchée au n° 5 de la salle Sainte-Cécile constitue également un cas devenu d'une véritable bénignité, sous l'influence du traitement. Le drainage vaginal par l'intermédiaire d'une fente cysto-vaginale a fait cesser rapidement les douleurs, et, bien que la plaie ait été refermée au bout d'un mois, la situation est toute différente, et nous avons le droit d'espérer que le traitement non opératoire complètera la guérison. Il avait complètement échoué avant la section vésico-vaginale.

Je ne veux pas faire ici l'historique de la thérapeutique de la cystite douloureuse, mais on peut dire que son point de départ est dans les cas où des fouilles faites sans rencontrer de pierres, furent cependant suivies, au grand étonnement des opérateurs, d'amélioration ou de guérison. Vous ne sauriez vous étonner de ces erreurs si vous vous souvenez du tableau symptomatique de la malade.

D'autre part, les succès remarquables obtenus par Boyer et par Récamier, par l'excision et la dilatation forcée du sphincter de l'anus dans les cas de fissures avec contracture douloureuse, firent penser que les douleurs vésicales seraient justiciables de traitements analogues.

C'était s'appuyer sur l'analogie et non sur l'observation. Il est difficile, en clinique, de ne pas s'exposer à l'erreur, en procédant de la sorte. Aussi les insuccès de la dilatation ou de la section du col, sont-ils nombreux. Pour notre part, nous avons successivement observé, à la salle Sainte-Cécile, quatre femmes chez lesquelles la dilatation forcée avait été faite sous le chloroforme, par des chirurgiens habiles et qui n'ont eu aucun résultat favorable. Deux d'entre elles déclarent nettement avoir été aggravées. J'ai soumis trois de ces malades à la section vésico-vaginale, c'est-à-dire à l'excision du corps de la vessie. Le soulagement a été immédiat et la guérison obtenue chez l'une d'elles. La seconde a succombé à des lésions rénales, et la troisième est encore dans la salle, en très bonne voie de guérison.

Les cas de guérison, à la suite de la dilatation, sont tous relatifs à des cystites douloureuses de forme légère, mais, dans ces cas, messieurs, je dirai que cette dilatation, quoique efficace, est inutile, parce que vous pouvez obtenir la guérison par un traitement non opératoire.

Dans les petits cas, contentez-vous de traiter la cystite sans mettre en jeu la sensibilité à la tension. Par conséquent, faites des instillations au nitrate d'argent, mais jamais des lavages. Employez en même temps un traitement général, les balsamiques, les suppositoires contre la douleur, etc.

Dans les grands cas, au contraire, comme les Américains nous l'ont appris, empiriquement, il est vrai, attaquez-vous au corps de la vessie et n'hésitez pas d'immobiliser le muscle vésical par la taille hypogastrique, chez l'homme, la taille vaginale chez la femme.

Chez les n^{os} 1 et 5 de la salle Sainte-Cécile, l'incision vésicale a fait disparaître la douleur d'abord, puis elle nous a conduit à la guérison.

Chez l'homme, malheureusement, la contracture du muscle vésical peut devenir un obstacle à la distension

de la vessie et une contre-indication de la taille sus-pubienne. Si vous essayez, en effet, de vaincre la contracture, il peut s'en suivre une rupture de la vessie. Alors, en désespoir de cause, c'est à la boutonnière périnéale que vous aurez recours.

Le traitement opératoire, qui condamne le muscle vésical au repos, n'est pas suffisant pour la guérison. La contracture du muscle est consécutive à l'altération de la muqueuse vésicale. Vous traiterez donc, en même temps, la cystite, par différents moyens, suivant les cas: cautérisation, râclage, iodoformisation, lavages, etc.

Lorsque tout phénomène douloureux a disparu, lorsque les urines sont redevenues claires, il ne vous reste plus qu'à supprimer le drainage et à fermer la vessie qui reprend bien vite son office de réservoir.

PATHOLOGIE EXTERNE

Ulcère variqueux avec sudation ;

Par **Frédéric LONGO**, externe des hôpitaux.

On sait qu'au niveau des ulcères on ne rencontre généralement ni glandes sudoripares, ni glandes sébacées. On sait qu'autour de l'ulcère, la sclérose du derme est telle que les glandes sudoripares et sébacées sont atrophiées dans beaucoup de cas et que même on ne trouve aucun vestige de ces glandes. Aussi n'a-t-on jamais signalé la sudation parmi les troubles accompagnant l'ulcère variqueux. L'anatomie pathologique et la clinique étant d'accord sur ce point, l'expérimentation n'est pas moins affirmative. M. Clado d'une part, sur deux malades, M. Gilson, d'autre part, sur trois malades, ont fait des expériences démonstratives à cet égard. Il s'agit d'injections de pilocarpine (dont on connait les propriétés sudorifiques) faites comparativement du côté du membre sain et du côté du membre malade. Toujours le même résultat a été observé : absence complète d'excrétion sudorale autour de l'ulcère.

Nous avons eu l'occasion d'observer un malade faisant exception à la règle; c'est un cas certainement rare, peut-être est-ce le seul qui existe.

« Le 31 mars 1887, à la consultation du Bureau Central faite par M. Marchant, s'est présenté le nommé Philibert L....., journalier, âgé de 53 ans.

« Sans être d'une forte constitution, le consultant n'a jamais fait de grosse maladie. Pendant les guerres de Crimée et d'Italie, sa jambe gauche se tuméfia à la suite d'excès de fatigue. Il se connaissait des varices depuis longtemps. Il y a quinze ans, à la partie externe et au tiers inférieur de la jambe gauche, il eut un ulcère qui apparut de nouveau il y a trois ans, pour disparaître et reparaître à plusieurs reprises. Comme il a toujours été journalier, il n'a jamais pu prendre de repos. Depuis huit mois, successivement, plusieurs ulcères ont apparu au niveau ou aux environs de la partie primitivement atteinte. Le traitement a toujours peu varié, tantôt pansement à l'iodoforme, à l'acide phénique, tantôt bandelettes de diachylon. Ce dernier pansement était employé depuis quelque temps. Rien à signaler dans le régime, les habitudes. Depuis cinq à six jours, le malade a remarqué une sudation permanente au niveau et autour de son ulcère.

« Actuellement, la jambe gauche variqueuse offre, sur une étendue de 10 à 15 centimètres, et faisant le tour du membre, au tiers inférieur, une surface enflammée sur laquelle on remarque : 1° en haut et à la partie externe, un ulcère à bords irréguliers, d'une longueur de 4 centimètres environ sur 2 ou 3 centimètres de largeur, à fond légèrement séro-sanguinolent ; 2° sur le même plan horizontal et à la partie antérieure, un second ulcère un peu plus étendu et offrant les mêmes caractères ; 3° en bas, au niveau de la malléole interne, ulcère semblable. La sérosité qui baigne la surface des ulcères provient des parties voisines. En effet, entre ces trois ulcères principaux, la peau rouge, enflammée, offre l'aspect qui précède l'ulcération. De ci, de là, on remarque quelques ulcères fort petits, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. On ne peut déterminer si ces petits ulcères sont en voie de réparation ou d'accroissement. Ce qui frappe c'est, sur la peau intercalaire, une sudation des plus nettes. On voit perler de véritables gouttes de sueur, comme on en voit sur le visage des fébricitants. On voit sourdre, plus ou moins, mais toujours, la sueur, suivant que le malade s'éloigne ou s'approche d'un foyer qui se trouve dans la salle. Le liquide qui apparait a toutes les apparences de la sueur; il est clair, transparent, sa saveur est un peu salée et le papier tournesol donne la réaction alcaline. Chose remarquable, la sudation est limitée aux parties rouges; les parties saines et même les parties à teinte grisâtre des environs n'offrent pas la moindre sudation. Au niveau des ulcères ci-dessus décrits, du sang seul s'écoule. A la piqûre, le malade ne sent pas et l'anesthésie est strictement limitée aux parties sudatives. La sensibilité tactile et la sensibilité thermique ne paraissent pas atteintes.

« Outre des varices nombreuses, mais non trop développées, le membre inférieur gauche présente des déviations dans les articulations des orteils ; les ongles ne présentent pas de troubles trophiques notables. La température est normale. Les réflexes rotuliens ne présentent rien d'anormal. Le réflexe pupillaire, à la lumière et à l'accommodation est parfait. Pas de troubles urinaires ni de douleurs en ceinture. Rien au cœur ; rien aux poumons. Ni sucre ni albumine dans l'urine. Aucun signe syphilitique avoué ou visible. Pas d'alcoolisme. En un mot, rien d'anormal, en apparence, dans tout le reste de l'organisme. »

En résumé, deux points sont à retenir dans cette observation : d'abord, l'exagération de l'excrétion sudorale ; le second point à noter, c'est l'intégrité à peu près complète de la sensibilité thermique. On sait généralement que la sensibilité thermique est une des premières atteintes dans l'ulcère variqueux. Peut-être existe-t-il une corrélation entre ces deux phénomènes?

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le concours du Bureau central (médecine).

L'administration de l'Assistance publique vient de nommer une Commission chargée de réviser le règlement relatif au concours du Bureau central (section de médecine). L'occasion est donc favorable pour faire connaitre et discuter un projet conçu depuis longtemps, et qui me parait de nature à supprimer les plus graves inconvénients du système actuel (1).

Je rappelle pour mémoire qu'aujourd'hui les épreuves sont au nombre de cinq : trois d'admissibilité, leçon clinique, leçon orale théorique, consultation écrite sur un malade ; deux dites d'admission, épreuve théorique écrite, leçon sur deux malades.

Toutes ces épreuves ont un défaut radical capable de vicier absolument les résultats du concours ; c'est que les candidats les subissent sous les yeux des juges. Or, quelle que soit l'intégrité d'un homme, il lui est impossible de se défendre de toute sympathie pour des élèves qu'il a souvent suivis et formés, et d'éprouver presque à son insu une tendance à surélever la cote de leurs

(1) Nous insérerons avec plaisir toutes les réflexions qui nous seront adressées sur cette question si intéressante. Plus tard nous résumerons notre opinion. Aujourd'hui nous devons dire que les réformes proposées par M. Daulos, médecin des hôpitaux, méritent d'attirer sérieusement l'attention (B.).

épreuves. Encore si les écarts étaient toujours causés par un sentiment de cette nature ; bien que contraires au principe d'équité qui doit faire la base des concours, ils seraient peut-être excusables. Mais n'arrive-t-il pas souvent que le juge est candidat lui-même, à l'agrégation, au professorat, à l'Académie, toutes conditions qui ne laissent pas entière sa liberté d'appréciation. Sans doute il n'est pas à supposer que jamais un de nous se respecte assez peu pour faire marché de son vote ; mais dans des épreuves où la latitude d'appréciation est naturellement considérable ; où les fautes et les mérites ne peuvent se chiffrer, le juge-candidat n'a-t-il pas une tendance à voir d'un œil favorable les compétiteurs patronnés par de puissantes personnalités ? En supposant même que chacun de nous fut d'une intégrité idéale, le doute des candidats malheureux pourrait encore paraître fondé. Il faut pour y mettre un terme, il faut pour l'autorité du choix que la décision du jury soit au-dessus même du soupçon ; et le seul moyen d'y parvenir est de rendre les épreuves impersonnelles. Nous verrons dans un instant par quel mécanisme simple ce résultat peut être assuré.

Outre ce premier défaut commun à toutes les épreuves, celles d'admissibilité en ont un autre non moins grave. Elles sont, suivant le caprice des juges ou le hasard de la clinique, de difficulté très inégale ; d'où l'impossibilité, faute d'analogie, de les comparer entre elles. De plus, comme depuis quelques années, grâce au nombre toujours croissant des compétiteurs on s'est vu obligé, pour abréger la durée du concours, de rendre chaque épreuve éliminatoire, l'infortuné qui débute mal ne peut pas se relever.

En conséquence, on peut voir un candidat qui, les années précédentes, avait failli passer, arrêté net au seuil du concours, tandis qu'un autre, sans avoir jamais antérieurement dépassé la première épreuve, peut grâce au jury et aux circonstances arriver d'emblée au succès. De tels faits légitimeraient à eux seuls la réforme du règlement.

Sans s'attarder à d'autres critiques de moindre importance qu'il serait facile de formuler, on peut encore reprocher au système actuellement suivi de stériliser nombre de concurrents au point de vue des recherches et des idées originales. Avec le programme d'aujourd'hui, mélange d'épreuves théoriques et cliniques, on arrive à surcharger en permanence la mémoire des candidats et à en faire des machines à conférence. Grâce à l'obligation de se tenir toujours en haleine pour disserter doctement sur tous les sujets que peut lui imposer la fantaisie de ses juges, l'aspirant au bureau central épuise son activité à repasser indéfiniment comme un écolier ses notes de pathologie, et dépensant toute son énergie à connaître par le menu ce qu'on appelle complaisamment l'état de la science, oublie quelquefois à la poursuite des idées des autres d'en avoir pour son propre compte.

En résumé, intervention possible dans le jugement de considérations étrangères au concours, défaut de parité dans les épreuves, perte de temps pour tout le monde, surmenage permanent de la mémoire des candidats, tels sont les inconvénients auxquels il faut remédier. Voyons maintenant ce que nous proposons pour y parvenir.

Il conviendrait tout d'abord de scinder les épreuves en deux concours distincts et indépendants d'admissibilité et d'admission. Le concours d'admissibilité aurait lieu sur épreuves écrites au nombre de trois : Anatomie pathologique, Pathologie, Thérapeutique.

Toutes seraient communes à tous les candidats. Les copies affectées d'un numéro d'ordre et non signées seraient lues par des lecteurs spéciaux (externes ou internes rétribués pour ce service) devant le jury, en séance secrète, ou du moins en l'absence des intéressés.

La lecture terminée, les juges voteraient avec ou sans discussion la cote de l'épreuve dont il leur serait matériellement impossible de connaître l'auteur.

L'employé secrétaire du jury totaliserait sous sa surveillance, après clôture du concours, la somme des points obtenus par chaque candidat, et suivant le nombre des vacances antérieurement déclarées dans la classe des admissibles, un, deux ou trois candidats y seraient reçus.

L'admissibilité ainsi conquise, serait définitive. La classe des admissibles permanents se composerait de dix candidats pouvant seuls prendre part au concours d'admission, qui se feraient exclusivement par épreuves cliniques (Consultation écrite sur un malade.)

Pour compenser l'inégalité inévitable résultant de la difficulté très variable des malades on multiplierait les consultations qui seraient au nombre de six par candidat. Tous passeraient une épreuve le même jour, ce qui fait que le concours serait terminé en six séances.

Dans ce but et pour faciliter la besogne, le jury, composé de huit membres, se diviserait en deux commissions (dont la composition pourrait, au début de chaque séance, être fixée par un tirage) chargées chacune de choisir cinq malades. Ce choix terminé, le jury serait enfermé comme aux assises. Pendant cette réclusion, les candidats répartis par le sort entre les deux commissions, examineraient leurs malades comme aujourd'hui, sous la surveillance administrative, et écriraient ensuite leur consultation.

Des lecteurs *ad hoc* la liraient aussitôt devant la commission compétente, dont les membres, ignorant le nom de l'auteur, jugeraient nécessairement en toute impartialité.

Le concours d'admission aurait lieu à l'époque ordinaire : celui d'admissibilité, pour combler les places laissées vacantes dans les derniers mois de l'année. Une disposition transitoire à déterminer constituerait, au début, la classe des admissibles.

Je n'ignore pas que ce projet, dont je me borne à indiquer les lignes essentielles choquera les idées reçues, d'abord celles des quelques candidats comptant plus sur leurs appuis que sur leurs épreuves, ensuite et surtout celles de la plupart des juges, dont bien peu seront disposés à subir cette réclusion temporaire qu'ils considéreront comme un outrage à leur dignité. Sans méconnaître le coté désobligeant de la mesure que je propose, et sans me faire d'illusion sur ses chances d'acceptation, je ne vois pas qu'elle ait rien de plus pénible qu'aux assises et qu'il puisse exister un autre moyen

d'assurer d'une manière aussi concluante la sincérité des concours. L'adoption de ce projet aurait pour conséquence :

1° D'élever, par une série d'épreuves théoriques sérieuses et *absolument comparables*, le niveau de l'instruction des candidats.

2° De mettre les juges à l'abri de tout soupçon de partialité et d'assurer vis-à-vis d'eux l'indépendance des compétiteurs.

3° D'éviter à tous une perte de temps préjudiciable.

4° Les candidats reçus à l'admissibilité et soustraits à l'obligation de la révision incessante, auraient, tout en complétant leur éducation clinique, le loisir et la liberté d'esprit nécessaires, pour produire des travaux de laboratoire ou pour se spécialiser de bonne heure dans telle ou telle branche de la médecine, dont l'obligation de paraître toujours encyclopédistes les empêche d'approfondir l'étude. H. DANLOS.

Le rapport de la Commission anglaise d'enquête sur le traitement de la rage par la méthode de M. Pasteur.

Le 12 avril 1886, le *très honorable Joseph Chamberlain*, membre du Parlement, président du Local Government Board, nommait une commission d'enquête choisie parmi les savants les plus illustres d'Angleterre, à l'effet d'étudier le traitement de la rage par la méthode de M. Pasteur. Cette commission était ainsi composée: Sir James Paget, président; Victor Horsley, secrétaire ; T. Lander Brunton, George Fleming, Joseph Lister, Richard Quain, Henry Roseol, J. Burdon Sanderson. En gens pratiques et en véritables savants, les membres de la commission décidèrent d'envoyer quelques-uns d'entre eux, avec le secrétaire M. Horsley, étudier sur place la méthode de Pasteur et les résultats qu'elle fournit, puis M. Horsley devrait entreprendre une série d'expériences personnelles pour vérifier celles de M. Pasteur. Ce programme fut complètement rempli par la commission qui vient d'adresser son rapport « au très honorable Charles Thompson Ritchie », successeur de M. Chamberlain. Après une enquête minutieuse conduite en France par les membres de la mission délégués et portant d'abord sur l'histoire détaillée de 90 français mordus et traités à l'Institut Pasteur, les savants anglais étudièrent avec non moins de soin la méthode de Pasteur en elle-même. Le rapport résume d'abord la méthode générale suivie dans ce cas, il fait connaître les procédés d'atténuation progressive de la virulence des moelles rabiques par le séjour plus ou moins prolongé dans l'air sec. Il montre comment Pasteur, après avoir obtenu l'état réfractaire chez nombre de chiens, fut amené à appliquer sa méthode à l'*homme* après morsure. Un premier point que touche ensuite le secrétaire de la commission est celui qui consisterait à établir un rapport exact entre le nombre des gens mourant après morsure, sans avoir été inoculés, et celui des sujets qui périraient malgré l'inoculation. Avec une grande sagesse, la commission montre que, vu le nombre des inconnus que soulève ce problème, il n'est pas possible d'avoir des chiffres exacts. Comment, en se basant sur les résultats des statistiques pris en bloc, savoir au juste, dans tous les cas, si l'animal supposé enragé l'était bien réellement ? de quelle façon et à quel moment il a mordu ? comment pouvoir comparer des blessures de nature et de situations très différentes, s'accompagnant d'accidents divers survenant chez des sujets tout à fait différents les uns des autres. Toutes ces incertitudes se traduisent dans ce fait que le pourcentage de la mortalité chez les gens n'ayant pas été vaccinés varie, d'après toutes les statistiques connues, de 5 à 60 lorsqu'il s'agit de morsures de chiens, et de 30 à 95 pour les morsures de loups.

La commission, pour arriver à des chiffres moins incertains, a étudié *elle-même* 90 sujets inoculés à l'Institut Pasteur ; aucun de ces sujets n'a succombé jusqu'à ce jour. Ces inoculés ont été pris au hasard, surtout parmi les cas les plus anciens et examinés par les membres de la commission qui firent eux-mêmes leur enquête sur place. Comparant ces 90 cas à un nombre égal de sujets non vaccinés, fournis par des statistiques plus anciennes et choisis de manière à pouvoir être sensiblement comparés aux sujets vaccinés, la commission put émettre l'avis que sur ce nombre de 90, sans la vaccination, il serait mort au *minimum* huit sujets. D'autre part, si on considère d'une façon générale le chiffre de 5 0/0 comme représentant le nombre le moins élevé qu'existe de sujets mourant de rage après morsure sans vaccination, et ce d'après les statistiques les plus favorables, on peut voir que le chiffre total des statistiques de Pasteur (2.682 d'octobre, 850 fin décembre 1886) n'indique qu'une mortalité de 1,49 0/0.

Or, dans ce chiffre de 40 morts sont compris 7 décès après morsure de loups et 4 dans lesquels la cause de la mort n'a pas été nettement établie. De telle sorte que pour être exact, il faudrait éliminer les 48 cas de morsures de loups donnant chez les non vaccinés une proportion de 30 à 95 0/0, tandis que chez les vaccinés Pasteur, elle n'est encore, malgré la gravité des cas, que de 14,5. Le chiffre des vaccinés ayant été mordus par d'autres animaux que des loups devient alors 2634 avec une mortalité de 1 à 1,2 0/0. Ce sont donc, d'après les évaluations les plus basses, 100 vies qui ont été sauvées par la méthode de Pasteur. Si l'on étudie plus en détail ces statistiques, on voit que pour plusieurs groupes les résultats sont encore plus favorables. Il est donc évident que, même en se basant uniquement sur les chiffres de la première série des vaccinations « que les inoculations pratiquées par M. Pasteur sur des individus mordus par des animaux enragés ont certainement empêché la rage d'apparaître chez des sujets qui sans l'inoculation, auraient succombé à cette maladie. De plus. ces vaccinations montrent qu'il serait possible d'empêcher l'éclosion d'autres maladies par une inoculation, même après infection. La méthode de M. Pasteur est la première qui ait permis d'obtenir de semblables résultats. Passant ensuite à l'étude de la méthode dite intensive que M. Pasteur a appliquée à des cas particulièrement graves, la commission s'est demandée d'abord si cette méthode est utile. Elle conclut qu'il y a des cas fort graves, tels que ceux des 19 Russes mordus par un loup enragé où elle fut employée dans 16 cas sans qu'il se produisit un seul décès, tandis que les 3 traités par la méthode ordinaire moururent. Plusieurs exemples analogues sont cités. Reste à savoir si, par elle-même, cette méthode est dangereuse. On sait que c'est là un des grands reproches que les antipastoriens font à cette méthode, en se basant surtout sur ce fait que quelques sujets inoculés par la méthode intensive seraient morts de rage paralytique. La commission fait judicieusement observer qu'aucun de ces décès n'a été nettement démontré être d'abord dû à la rage, et, en second lieu, à la rage inoculée. Un seul cas a été bien étudié, c'est celui d'un Anglais nommé Goffi, qui, mordu le 4 septembre, à Londres, par un chat enragé et cautérisé immédiatement, fut inoculé dès le lendemain à l'Institut Pasteur. Le traitement dura 24 jours, pendant lesquels le sujet se grisa maintes fois et tomba une fois dans la Seine. Le 18 octobre, il présenta exclusivement des symptômes de

paralysie ascendante aiguë et mourut le 20. Sa moelle, inoculée à des chiens et des lapins, les fit périr de rage paralytique, mais après une période d'incubation semblable à celle de la rage des rues; ce n'était donc pas là la durée d'incubation consécutive à l'inoculation du virus au plus haut degré de virulence. « Il est donc *fort possible*, dit très sagement la commission, que les inoculations intensives n'aient point été nuisibles en elles-mêmes, mais seulement impuissantes à empêcher l'apparition de la rage après morsures. Elles ont pu également modifier la forme sous laquelle s'est manifestée la rage. » De plus, un des grands arguments sur lequel s'appuient les adversaires de Pasteur, c'est celui de la non existence autrefois de cette forme paralytique de la rage. Cette assertion n'est pas absolument exacte, et, d'autre part, combien de fois ces cas ont-ils dû être méconnus, la maladie étant considérée comme une paralysie ascendante, idiopathique. D'ailleurs, « pour éviter les risques possibles, quoique invraisemblables, de sa méthode intensive, M. Pasteur l'a beaucoup modifiée, la réservant pour les cas très urgents. » Le rapport se termine par le projet de vaccination de tous les chiens, méthode que le rapporteur ne croit guère possible d'appliquer d'une façon générale.

Suit l'indication de certaines mesures de police, telles que suppression des chiens errants, port de la muselière dans certaines conditions, défense de transporter les chiens provenant des pays où il y a eu des cas d'hydrophobie. Les cas de morts par rage ont été depuis 10 ans en Angleterre de 43 et de 8,5 à Londres. Pour un laps de temps analogue, au taux minimum d'une mortalité de 5 0/0, il faudra donc inoculer 860 personnes pour toute l'Angleterre et 170 à Londres. « Car il sera impossible de dire quels seront, parmi les mordus, ceux qui ne seront pas en danger; on ne peut, en effet, compter comme traitement préventif, ni sur la cautérisation, ni sur l'excision, ni sur aucune autre méthode prophylactique. »

Dans le long appendice qui suit le rapport, M. Horsley a donné un résumé des expériences qu'il a entreprises pour vérifier celles de Pasteur. Une première série lui servit à établir le siège du virus rabique dans le système nerveux, la possibilité de transmettre la maladie par inoculation de la moelle. Les inoculations préventives furent ensuite pratiquées sur six chiens aussi *protégés* qui tous, ayant été mordus par des chiens nettement enragés, ne contractèrent pas la rage dont moururent des chiens ou lapins témoins non inoculés. La *protection*, réalisée de cette façon sur le chien, peut être rapprochée de l'inoculation anticharbonneuse ou de la vaccination contre la variole. La méthode d'inoculation après morsure constitue un autre point de vue que l'auteur du rapport examine ensuite. Il termine en relatant les expériences absolument négatives de M. Dowdeswell sur l'action préservatrice et curative d'un grand nombre de substances conseillées ou employées pour le traitement de la rage.

Ce document, en somme, est une œuvre critique de haute valeur, écrit sans parti pris, il observe et discute les faits froidement et en tire les conséquences rigoureuses. C'est bien de cette façon que devrait toujours être envisagée cette grave question de la prophylaxie de la rage. Les faits sont là, les chiffres parlent d'eux-mêmes sans qu'il soit nécessaire de les torturer pour leur faire dire ce qu'ils ne peuvent affirmer. Oui ou non la vaccination anti-rabique a-t-elle diminué le nombre des cas de morts chez les gens mordus? La réponse ne paraît pas douteuse, étant donné la rigueur avec laquelle ces statistiques sont faites. Mais aussi il ne faudrait pas oublier, ainsi que l'a si bien dit à l'Académie le professeur Grancher, que ce n'est pas là une méthode divine et, pourrait-on ajouter, qu'il ne s'agit pas d'animaux mais d'hommes dont le mécanisme organique et les réactions vitales sont autrement compliquées que chez l'animal. Il est donc tout naturel qu'il y ait encore bien des inconnus, bien des imprévus. Peut-on, en saine logique, reprocher à cette méthode de ne pas guérir tout le monde? Serait-il même correct de l'attaquer violemment au cas où quelques accidents surviendraient du fait de l'inoculation, ce qui, d'ailleurs, ainsi qu'on l'a vu plus haut, n'a pas encore été scientifiquement prouvé? Condamner pour cela toute la méthode serait aussi peu sérieux que de refuser de se servir de n'importe quel médicament ayant pu causer des accidents mortels. Il parait donc être aujourd'hui de vulgaire sagesse d'enregistrer les faits quels qu'ils soient, de consigner les résultats déjà obtenus, et tout en lui faisant un large crédit de rester plein de confiance en une méthode qui en dehors de la haute portée scientifique qu'elle présente n'a en somme jusqu'ici rendu que des services et, on peut le dire sans exagération, très certainement sauvé la vie à nombre de gens voués à une mort presque certaine. L. Capitan.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juillet 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. Pasteur dépose sur le bureau de l'Académie le rapport présenté à la Chambre des Communes par la Commission anglaise chargée d'étudier la *méthode de prophylaxie de la rage*. La conclusion du rapport est une expression de confiance entière et unanime.

MM. Hanriot et Ch. Richet étudient les *relations du travail musculaire avec les actions chimiques respiratoires*. A l'aide de leur nouvelle méthode de dosage des gaz de la respiration, ils ont déterminé le rapport qui unit le travail mécanique effectué avec le travail chimique intramusculaire. Ils ont fait exécuter à un même individu un travail mécanique connu et, en même temps, ils ont mesuré ses échanges respiratoires. En prenant pour base les quantités d'oxygène absorbé, il est permis de supposer que le chiffre exact du rendement de la machine animale se trouve compris entre les deux limites de 1/7 et de 1/9.

M. Paul Loye communique les résultats de ses *expériences sur la circulation et la respiration des chiens décapités*. Proportionnellement à son poids, le tronc perd environ deux fois plus de sang que la tête : ce résultat est dû au fonctionnement du cœur, lequel continue, après la décollation, à rejeter le sang resté dans l'arbre circulatoire. Les animaux, préalablement refroidis, perdent beaucoup moins de sang que les autres; aussi, à l'autopsie, leurs poumons sont-ils congestionnés au lieu d'être exsangues. La circulation continue faiblement dans la tête décollée, grâce à la contractilité artérielle : elle persiste pendant un certain temps dans le tronc. Au moment de la décapitation, le cœur s'arrête brusquement et la pression sanguine s'abaisse sous l'influence de l'excitation du pneumo-gastrique par le couteau de la guillotine; mais, aussitôt après, le cœur accélère ses battements, dont le nombre dépasse alors de deux ou trois fois le chiffre normal, à cause de la prédominance des nerfs accélérateurs. La tête exécute des efforts respiratoires pendant deux minutes après la décollation; mais tout mouvement respiratoire disparaît instantanément dans le tronc. Cependant, au moment où la tête est tranchée, le thorax présente une grande inspiration due à l'excitation de la moelle. L'animal décapité se trouve dans les conditions de l'asphyxie; mais à cette cause de mort s'ajoute l'irritation violente du système nerveux, capable de produire l'inhibition de certaines fonctions.

M. Bonnal cherche à déterminer le *mécanisme de la mort sous l'influence de la chaleur*. La vie est possible

dans des milieux dont la température est supérieure à celle de l'homme. La tolérance pour les hautes températures est de beaucoup plus grande dans l'air sec que dans l'air saturé de vapeur et que dans le bain d'eau. Aussi il n'est pas plus pénible de séjourner quinze minutes dans une étuve sèche à 135° que de séjourner durant quinze minutes dans un bain d'eau à 46°, la tête seule émergeant de la baignoire. Un séjour, même de courte durée, dans un milieu dont la température est supérieure à celle de l'homme, a pour effet constant de provoquer une perte de poids beaucoup plus grande, à température égale, dans l'air saturé de vapeur que dans l'air chaud. Cette perte est récupérée au bout de 24 heures; si elle a été considérable, les urines ne reparaissent que quand l'organisme a repris son poids normal. Les troubles physiologiques (gêne de la respiration, accélération du pouls), se produisent toujours avant l'élévation de la chaleur animale. M. Bonnal regarde comme à peu près nul le rôle de l'évaporation dans la tolérance aux très hautes températures : la mort serait le résultat direct de la lésion du système nerveux grand sympathique.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 juillet 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Magnan, revenant sur une précédente communication de M. Lépine relative au *furfurol*, dit qu'il a expérimenté cette aldhéhyde pyromucique ($C^5 H^4 O^2$) sur divers animaux. De même que M. Lépine, il a trouvé que l'injection intra-veineuse de ce corps produisait des convulsions fort analogues à celles produites par l'épilepsie vraie ou absinthique. Ces phénomènes expliqueraient les accidents convulsifs qui se montrent chez les paysans écossais adonnés à l'absorption de certains alcools renfermant du furfurol.

M. Denicker communique le résultat de ses recherches sur le *développement des muscles de la face du gorille*. Ces muscles se développent de la même façon que chez l'homme; chez le fœtus ils sont moins distincts et moins formulés que chez l'adulte; plus tard ils se développent suivant les besoins de la fonction, mais la communauté d'origine reste la même.

MM. Mégnin et Remy ont étudié une affection parasitaire qui sévit en ce moment sur les lièvres d'Alsace et des Vosges. Cette épidémie reconnaît pour cause la présence d'un helminthe qui, s'enkystant dans les poumons, produit des effets identiques à ceux de la tuberculose. Des produits d'expectoration renfermant des œufs propagent la maladie.

M. Bonnot comparant les effets de l'antipyrine et de l'acétanilide a injecté ce dernier médicament dans les veines afin d'étudier ses effets sédatifs sur le système nerveux. Il a pu remarquer, en employant des substances excitantes telles que la strychnine et la nicotine, que les effets convulsivants étaient très atténués par l'absorption parallèle du médicament.

M. Laborde remet une note de M. Lépine sur l'acétanilide, dans laquelle cet auteur dit que le médicament agit parfaitement dans l'épilepsie vertigineuse, que la cyanose produite n'est pas dangereuse et résulte de la transformation de l'oxyhémoglobine en méthémoglobine.

M. [illegible], essayant d'apprécier les phénomènes qui se passent dans l'intimité des tissus, à la suite d'un choc ou d'une commotion cérébrale, dit que consécutivement aux traumatismes, les oxydations deviennent très intenses. A la fin de chocs répétés, il se produit, en outre, de véritables accès d'épilepsie. Cette pathogénie de l'épilepsie pourrait peut-être être invoquée chez les enfants, qui, à la suite de mauvais traitements, tombent du haut mal. Il est difficile de savoir s'il se fait des lésions de la substance cérébrale : jusqu'ici, tout au moins, les autopsies sont restées presque complètement négatives.

M. Laborde, rappelant les expériences de MM. Regnard et Loye sur un supplicié, dit que les faits constatés par ces auteurs ne sauraient être généralisés.

M. Dastre présente deux chiens : le premier a subi l'opération de Thiry avec succès; le second est porteur d'une fistule cholécysto-intestinale.

M. Beauregard présente une note de M. Laquesse sur le *développement de la rage chez les poissons osseux.*

Elections. — M. Babinski est élu membre de la Société.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juillet 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Mesnet fait une communication sur un fait d'accouchement chez une primipare hypnotisée. L'accouchement s'était effectué complètement à son insu; presque réveillée elle n'en avait aucune notion, aucune connaissance.

Election d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. Votants : 78. Majorité : 40. Au premier tour de scrutin, M. Laborde est élu par 44 voix contre M. Franck 32; M. Gréhant, 1; M. Regnard, 1.

— *Suite de la discussion sur la prophylaxie de la rage suivant la méthode Pasteur :*

M. Peter annonce d'abord qu'il se trouve en possession de deux nouveaux faits, impliquant l'impuissance de la méthode de M. Pasteur contre la rage. Ces deux faits lui ont été communiqués par M. Miquel (de Paris) et M. Devillers (de Guise). D'après M. Peter, on n'a jamais vu tant mourir de la rage depuis qu'on en connaît le remède sauveur. M. Peter reproche à M. Pasteur de le déclarer incompétent dans toutes les découvertes récentes concernant le traitement de la rage. Comme tout clinicien, il s'en rapporte aux expériences d'autrui et particulièrement de MM. von Frisch, Abreu, Amoroso. Toute médication se juge par l'abaissement du chiffre de la mortalité; et les chiffres de la mort par la rage et par an, depuis l'application de la méthode dite préventive, sont semblables à ceux des moyennes annuelles de la mortalité par la rage dans notre pays. M. Pasteur s'imagine être le continuateur de Jenner. Ce qu'il continue, ce sont les inoculations d'autrefois, l'inoculation de la variole avec tous ses dangers. Ce que Jenner inoculait, c'est le virus naturel du cow-pox, toujours bénin; ce que les inoculateurs inoculaient, c'est le virus de la variole; c'est ce que fait M. Pasteur. Aussi, M. Peter, non convaincu par les conclusions de la commission anglaise, persiste à considérer la méthode prophylactique de M. Pasteur comme dangereuse et inefficace.

M. Brouardel répond à M. Peter que la Commission anglaise envoyée à Paris le 12 avril 1886 a travaillé plus d'un an à son enquête sur le traitement de l'hydrophobie par la méthode de Pasteur et a produit des conclusions d'une rigueur indiscutable. Malgré tant de preuves accumulées, les adversaires de M. Pasteur ne désarment pas; il ne convient pas qu'ils ne trouvent aucun contradicteur. Les expériences de M. Von Frisch sur lesquelles s'appuyait M. Peter sont erronées. La réfutation n'est plus à retracer. Il en est de même des expériences de MM. de Renzi et Amoroso. Par contre les expériences confirmatives des travaux de Pasteur foisonnent aussi bien en France qu'à l'étranger. M. Brouardel estime que la question expérimentale est résolue en faveur de M. Pasteur. Inoculés ou non, inoculés par la méthode simple ou par la méthode intensive, les rabiques peuvent être atteints d'hydrophobie de forme clinique très variable, le virus pouvant se porter sur l'homme comme sur les animaux soit dans la moelle, soit dans le bulbe ou le cerveau. Sur le terrain de la clinique, M. Peter n'a apporté aucune preuve à l'appui de ses conceptions. Au contraire, nous savons aujourd'hui que la rage paralytique est une forme de l'hydrophobie assez commune. M. Peter invoque en sa faveur les statistiques et emploie des procédés particuliers.

Il additionne toutes les morts, celles qui sont survenues après vaccination et celles qui se sont produites sans vaccination. M. Brouardel commente toutes les statistiques de M. Pasteur et se croit autorisé à conclure, avec la commission anglaise, que « *cent personnes au moins ont été*

sauvées par les inoculations. » Le traitement intensif a été modifié dans le cours de novembre et de décembre, longtemps avant les critiques de M. Peter et la publication des expériences de M. Frisch. La méthode de M. Pasteur a pour objet de prévenir la rage après morsure par une série d'inoculations du virus rabique, qui aboutiraient à une saturation, à une accoutumance de l'organisme à ce même virus. Et dans l'espèce, après la sériation des moelles qui domine toute la méthode, la question de dose est capitale : « Pour moi, dit M. Brouardel, quand un homme a ouvert à mon esprit de nouveaux horizons scientifiques, alors même que je ne serais pas sur tous les points en parfaite concordance d'opinion avec lui, je le respecte, il est mon maître, et je reste son débiteur. Qui de vous peut dire, dans cette enceinte, que M. Pasteur n'a pas été un initiateur ? » (Applaudissements répétés).

M. Villemin vient rappeler à l'Académie que la commission chargée de contrôler les travaux de M. Pasteur, à la demande de M. Pasteur lui-même, fut nommée au mois de mars 1884. Cette commission devait principalement contrôler le fait que les chiens peuvent être rendus réfractaires à la rage. Cette commission était présidée par Bouley et composée de MM. Vulpian, Béclard, Paul Bert, Tisserand et Villemin. Le rapport de la commission a confirmé l'exactitude des faits avancés par M. Pasteur.

M. Charcot, après avoir rappelé le rôle prépondérant que Vulpian a forcé dans la discussion actuelle sur le traitement de la rage, en défendant, avec son double talent d'expérimentateur consommé et de clinicien habile, les immortelles découvertes de M. Pasteur sur le traitement de la rage, s'efforce, en quelques mots, de préciser le chemin parcouru, et montre combien les résultats obtenus, tant par la commission anglaise qu'au laboratoire de M. Pasteur, sont éloquents en faveur du traitement de M. Pasteur. « L'inventeur de la vaccination antirabique, déclare M. Charcot, peut aujourd'hui, plus que jamais, marcher la tête haute et poursuivre désormais l'accomplissement de sa tâche glorieuse, sans s'en laisser détourner un seul instant par les clameurs de la contradiction systématique ou par les mouvements insidieux du dénigrement. » A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de décembre 1886.— Présidence de M. Cornil.

8. Tumeurs mélaniques de la peau.—Tumeurs et infiltration mélaniques des divers organes profonds, y compris les capsules surrénales. — Mélanodermie. — Mort et Autopsie ; par Panné, interne des hôpitaux (*Fin*).

Appareil respiratoire. — Le larynx est normal : Sa muqueuse ne présente ni tache ni noyau mélanique. Il en est de même de la trachée-artère dans la plus grande partie de son étendue.

Mais, à partir d'un point situé à 3 centimètres au-dessus de ce conduit, la muqueuse devient subitement d'un noir de charbon sur toute la circonférence : la même teinte persiste sur les bronches et sur les divisions bronchiques, aussi loin qu'on peut les suivre.

Nulle part, du reste, l'infiltration mélanique ne se présente sous forme de tumeur saillante dans la cavité de l'arbre bronchique : partout l'intérieur des canaux reste lisse, et tapissé d'une fine membrane que l'on peut soulever avec la pointe du bistouri au niveau des bronches, par exemple, et décoller sur une certaine étendue. Au-dessous, l'on met à nu la muqueuse ramollie, transformée en bouillie noire. Si on la fait disparaître par raclage, on arrive sur la face interne des cerceaux cartilagineux conservant leur coloration spéciale : mais, dans les intervalles qu'ils laissent entre eux, la teinte noire se prolonge, et la surface de la bronche, vue d'ensemble, apparaît divisée en bandes transversales alternativement blanches et noires, celles-ci beaucoup plus étroites. Sur une coupe longitudinale de la bronche, même apparence : de dedans en dehors, on aperçoit la fine membrane limitante, puis la muqueuse, uniformément noire, puis la série blanc-jaunâtre des cartilages sectionnés, entre lesquels de minces bandes noires font communiquer directement la muqueuse avec les ganglions péri-bronchiques, ou plutôt le magma noir qui les représente.

En effet, tous les ganglions qui entourent l'extrémité inférieure de la trachée, les deux bronches, et les divisions bronchiques, jusqu'à celles de troisième et quatrième ordre, sont dégénérés en tissu mélanique. Ils se sont réunis, fondus les uns dans les autres, et se sont moulés sur les organes importants qui constituent le hile du poumon. Ils forment un bloc solide dans lequel on est obligé de sculpter les conduits normaux.

Les grosses divisions bronchiques se reconnaissent à leurs noyaux cartilagineux qui restent inaltérés. On trouve des points où le calibre de ces canaux a subi une compression progressive et concentrique. La bronche est comme enserrée dans un étui trop étroit : sa surface interne est sillonnée de plis longitudinaux. Ailleurs, un ganglion induré refoule un point de sa surface, et accole ses parois. Ces deux modes de compression se combinent pour rétrécir le calibre de l'arbre bronchique à un degré tout à fait remarquable.

Les branches principales de l'*artère pulmonaire* sont aussi très faciles à poursuivre, car leurs parois sont restées jaunâtres. Comme les divisions bronchiques, elles sont comprimées : Ici, elles traversent un tunnel laissé entre des ganglions hypertrophiés et semblent passées à la filière. Là, elles sont aplaties, et leurs parois amenées au contact. Il y a un *rétrécissement évident de la capacité de l'arbre artériel*, et ce détail nous semble devoir être rapproché de cette autre particularité sur laquelle nous avons déjà attiré l'attention, à savoir l'*épaississement peu ordinaire et la disposition athéromateuse très accusée que présentait l'artère pulmonaire.* Quant aux *veines pulmonaires*, il est plus difficile de les suivre : leurs parois noires ne se distinguent pas du tissu environnant : elles subissent aussi certainement une forte compression.

Les ganglions péri-trachéo-bronchiques ne sont pas, du reste, les seuls atteints. Tous les ganglions intra-thoraciques participent à la dégénérescence. Dans le médiastin antérieur, d'énormes masses noires adhèrent à la première pièce du sternum, et refoulent en arrière les gros vaisseaux de la base du cœur. Les ganglions du médiastin postérieur enfin, au point correspondant, se réunissent et se soudent à ceux des bronches, et compriment tous les organes des médiastins.

Les pneumo-gastriques et les nerfs récurrents étaient obligés de parcourir un long trajet au milieu de tous ces ganglions.

Quant au *parenchyme pulmonaire* lui-même, il a un aspect normal : Il est partout élastique et crépitant. Il n'a ni noyaux indurés dans les sommets, ni cicatrices. En un seul point, à la base gauche, dans une hauteur de trois travers de doigt, la plèvre était légèrement épaissie, sans fausses membranes, et le poumon en ce point était atélectasié. Un léger épanchement de couleur citrine existait au même point, et atteignait à peine 200 grammes.

Quant à la coloration de la surface extérieure des poumons et des espaces interlobulaires, elle est seulement un peu plus prononcée qu'on ne la trouve en général chez les personnes du même âge que notre malade.

Corps thyroïde. — Il présente une augmentation de volume notable, dans ses deux lobes.

Le lobe droit a la grosseur d'un œuf de poule. Il est converti presque tout entier en tissu mélanique : à peine voit-on sur la coupe quelques lobules respectés, de coloration blanc-grisâtre.

Le lobe gauche, au contraire, n'est dégénéré que partiellement : il présente seulement cinq ou six noyaux noirs de la grosseur de petits pois. Le reste de la substance a une coloration rosée.

L'isthme est complètement noir : il en est de même de la pyramide de Lalouette qui remonte jusqu'au milieu du cartilage thyroïde.

En arrière du corps thyroïde, quelques ganglions noirs.

Appareil digestif. — La surface de la *langue* est normale : aucune tache suspecte sur la muqueuse. Mais en pratiquant des coupes transversales de toute l'épaisseur de l'organe, on trouve plusieurs petits noyaux mélaniques situés profondément dans la couche musculaire. Aucun n'arrive jusque dans le voisinage de la muqueuse.

Œsophage. Rien de particulier dans tout son trajet cervical, et dans la première partie de la portion thoracique. Mais à la hauteur de la 3me ou 4me vertèbre dorsale à peu près, et précisément au même point que sur la trachée, la coloration noire se montre sans transition. Elle est un peu moins intense que sur la trachée. Comme dans celle-ci, le néoplasme n'est pas à nu, il ne végète pas à travers la muqueuse, il est encore recouvert partout d'une fine couche épithéliale. Sur une coupe longitudinale, on aperçoit en dedans cet épithélium, puis une couche noire plus épaisse qui repose sur un tissu blanc grisâtre. Au delà de ce dernier plan, on retombe dans le bloc uniformément noir que nous avons décrit autour des bronches et divisions bronchiques et qui se prolonge jusque-là. L'œsophage, en ce point, est comprimé par le tissu ganglionnaire.

Estomac. Il n'est pas dilaté · au niveau de sa face antérieure, et avant qu'il soit ouvert, on aperçoit par transparence plusieurs points de coloration très foncée; mais le tissu mélanique n'arrive pas jusque sous le péritoine. Le long de la petite courbure sont échelonnés cinq ou six ganglions noirs gros comme des haricots.

Après incision dans toute la longueur de l'organe, on aperçoit la muqueuse dont la teinte générale est foncée, et une quinzaine environ de saillies noires siégeant en majorité vers la petite courbure, et sur la partie voisine des deux faces de l'estomac. Ces productions sont arrondies régulièrement, font saillie en demi-sphère sur le plan de la muqueuse, et reposent sur elle par une base de 1 centimètre de diamètre en moyenne. Une couche épithéliale seule semble les séparer de la cavité, tandis qu'elles paraissent séparées de la surface péritonéale par une notable épaisseur de parties saines.

Intestin grêle. On n'aperçoit aucune teinte noire sur le duodénum: Sur la plus grande partie du jéjunum, il en est de même. Les divers noyaux mélaniques qu'on voit de suite à l'ouverture de l'abdomen ont pour siège, presque tous, la dernière portion de l'intestin grêle, et sont d'autant plus confluents qu'on arrive plus près du cœcum.

Avant d'ouvrir l'intestin, on peut compter les plaques mélaniques dont il est le siège : elles arrivent jusque sous le péritoine, sans l'entamer du reste, et ne font de ce côté aucune saillie : elles sont d'un beau noir. Elles ont une forme allongée dans le sens de la longueur de l'intestin, elles sont développées à l'opposé précisément de l'insertion mésentérique ; les plus volumineuses ont jusqu'à 3 centimètres de longueur sur 2 de largeur : les autres ont des dimensions plus restreintes. Çà et là on en trouve qui ne dépassent pas un demi-centimètre. Enfin, sur un grand nombre de points, et principalement au niveau même de ces plaques, on voit des traînées noires sillonner transversalement l'iléon, et aller se perdre dans le mésentère, au niveau des ganglions noirs très développés que l'on y trouve.

En ouvrant l'intestin, on a sous les yeux la face interne de ces dépôts mélaniques. Les uns font une saillie notable, d'autres ne dépassent pas le plan de la muqueuse. Tous arrivent jusqu'à sa couche la plus superficielle, mais cependant sans qu'en aucun point il paraisse qu'il y ait eu une véritable ulcération (de la tumeur).

Le siège de ces néoplasmes est à peu près le même que celui des plaques de Peyer et des follicules clos : ils siègent sur le bord libre de l'intestin, sont allongés dans le sens de cet organe, et enfin augmentent de nombre à mesure qu'on s'approche du cœcum. On trouve même une des valves de la valvule iléo-cœcale occupée par une plaque noire qui envahit toute son épaisseur.

Gros intestin. En l'ouvrant, on y trouve une douzaine de néoplasmes qui paraissent développés dans la muqueuse, formant des élevures noires dans la cavité, et ne s'apercevant pas à l'extérieur. Leurs caractères sont du reste identiques à ceux de l'estomac et de l'intestin grêle.

Péritoine. Quelques dépôts noirs au niveau de la paroi abdominale antérieure, et dans l'épaisseur des ligaments et replis péritonéaux.

Appareil urinaire. Reins. Le rein droit a un volume normal, le gauche est plus petit. Tous les deux, du reste, paraissent sains. Sur la coupe longitudinale médiane, coloration rouge pâle, aspect normal des pyramides et de la substance corticale. En faisant une série de coupes dans tous les sens, on ne trouve aucun dépôt noir. L'enveloppe propre des reins n'est pas adhérente au parenchyme.

Le hile des deux côtés, est rempli de masses mélaniques grosses comme des pois interposées aux divisions veineuses et artérielles.

La capsule adipeuse enfin est transformée en bouillie noire, surtout vers l'extrémité supérieure, où elle se confond avec les capsules surrénales.

Capsules surrénales. Ces organes sont envahis. Celle de droite atteint le volume d'un œuf de poule : elle est dure, on sent des noyaux plus résistants que le reste du tissu. Sur la coupe, coloration noire uniforme, excepté en un point de la périphérie où subsiste une couche jaunâtre à reflets brillants qui représente la substance normale de la capsule. Le tissu pathologique se greffe immédiatement, et sans ligne de séparation sur ce tissu normal.

Celle de gauche est beaucoup moins hypertrophiée elle forme une masse de la grosseur d'une amande dont la coloration est noirâtre.

Uretères. Rien de particulier.

Vessie. Rétractée; muqueuse blanc-grisâtre, sans aucune tache ni saillie noire. Il en est de même de l'urèthre.

Organes génitaux. — *L'utérus* est très petit : Le museau de tanche ne présente aucune trace de cicatrice. Des coupes dans tous les sens ne montrent pas de noyaux noirs.

Les *ovaires* ont la grosseur de noisettes. Ils sont durs, et d'apparence fibreuse.

Le *vagin* est normal.

Foie. La conformation extérieure ne présente aucune particularité notable. La coloration seule est plus foncée qu'à l'état normal ; elle est uniforme. Sur des coupes multipliées, il est impossible de distinguer le moindre amas mélanique. Sa teinte et son apparence générale sont celles du *foie muscade.*

Rate. Son volume est un peu augmenté : on distingue très bien les corpuscules de Malpighi. On trouve les traces de plusieurs noyaux d'infarctus.

Pancréas. Il est entouré de toute part, excepté en avant, de masses ganglionnaires dégénérées. Après l'avoir séparé de toutes ces parties, on voit qu'il est envahi lui-même, principalement au niveau de sa tête. Quelques lobules glandulaires seuls ont échappé, et forment des traînées séparant les divers noyaux mélaniques qui lui donnent un volume tout à fait normal. La queue ne contient que quelques masses isolées.

Encéphale. Les méninges et la surface cérébrale sont saines et présentent leur coloration habituelle. Pas de noyau mélanique dans la substance blanche des hémisphères ; mais on en trouve un très petit, de la grosseur d'un grain de chènevis dans un point de la capsule externe, du côté droit.

Rien de remarquable dans le cervelet, les pédoncules, le bulbe.

L'examen microscopique des diverses pièces recueillies à l'autopsie doit être fait par mon collègue, M. Marfan. Les résultats qu'il fournira seront exposés dans une communication ultérieure.

L'examen rapide d'une des tumeurs sous-cutanées montre qu'on a affaire à un *sarcôme fasciculé mélanique.*

M. Cornil fait observer que, sur les coupes présentées, on voit en certains points le pigment déposé dans les espaces conjonctifs qui séparent les cellules, et dans d'autres, des cellules ovoïdes chargées elles-mêmes de granulations

pigmentaires. Au-dessous de certaines muqueuses, on observe que la coloration noire se continue profondément, dans les parois de l'œsophage, des bronches, de l'estomac, sans qu'il y ait de relief à la surface. C'est une infiltration des éléments préexistants ; cette disposition explique les divergences d'opinion des auteurs, les uns admettant une néoformation d'éléments, les autres une infiltration simple des tissus. Le transport de la matière mélanique s'effectue par les vaisseaux, comme on le sait maintenant, ayant observé le début de la coloration noire dans l'endothélium vasculaire.

M. Netter ne croit pas qu'il y ait de fait publié où l'on ait constaté l'infiltration mélanique des capsules surrénales dans la maladie d'Addison.

M. Cornil. C'est en effet, ici, une conséquence et non une cause.

M. Panné fait observer que, chez la malade, la mélanodermie a débuté, les tumeurs n'ayant été constatées qu'un mois plus tard.

M. Cornil dit que les tumeurs mélaniques initiales sont souvent méconnues jusqu'au moment de la généralisation.

Séances de décembre 1886. — Présidence de M. Cornil.

9. Polypes et corps fibreux utérins. — Vagin et utérus doubles. — Mort ; par E. Graverry, interne des hôpitaux.

La nommée Delv...., Virginie, veuve J. M...., âgée de 61 ans, est entrée le 4 décembre 1886, à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Desprès, salle Sainte-Rose, n° 15.

Elle présente des symptômes d'anémie très avancée (teinte pâle, blanche, des téguments et des muqueuses) et de cachexie qui font penser tout d'abord à l'existence d'un carcinome, siégeant probablement dans l'utérus. Cette hypothèse vient tout d'abord à l'esprit à cause des pertes nombreuses qu'avait eues la malade quelque temps avant d'entrer à l'hôpital. Elle pouvait se confirmer aussi par le dire de la malade. Elle était entrée à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Labbé au mois de mars dernier et elle avait subi une opération qu'elle n'a pu nous décrire. Nous pensions qu'on lui avait pratiqué l'amputation du col de l'utérus et cette supposition semblait être confirmée par le toucher vaginal.

En effet, en introduisant le doigt dans le vagin, on ne sentait aucune saillie, on ne retrouvait pas de culs-de-sac, au contraire le doigt arrivait au fond du vagin dans une cavité qui paraissait rétrécie et de forme conoïde.

En palpant l'abdomen, on sentait au-dessus du pubis deux tumeurs situées de chaque côté du fond de l'utérus et dont l'une la gauche était beaucoup plus dure que l'autre.

La malade n'avait pas de pertes utérines à l'hôpital. Elle fut prise le 7 décembre de vomissements et d'oppression et elle mourut le lendemain.

A l'autopsie, nous trouvons un utérus assez petit, qui est flanqué, ou pour mieux dire surmonté, de deux tumeurs : l'une à droite du volume d'un petit poing, à grand axe transversal surmontée de nombreuses bosselures, très dure, au point que nous sommes obligé de pratiquer la coupe avec la scie ; l'autre molle, se coupant facilement et renfermant dans son intérieur une substance blanche, mellasse, ressemblant à de la matière cérébrale ramollie. Nous trouvons aussi sur la face postérieure de l'utérus, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule que nous reconnaissons à la coupe pour un corps fibreux.

De plus, au niveau de la partie supérieure de l'utérus, nous trouvons deux petits corps fibreux interstitiels.

Nous incisons le vagin longitudinalement et nous sommes assez surpris de son étroitesse : nous nous rendons compte de la sensation que nous avions éprouvée en voulant toucher le col. En effet celui-ci n'existe pas et nous pensions qu'il avait été amputé. Nous sectionnons alors l'utérus suivant son grand axe, et nous trouvons un petit polype appendu dans sa cavité.

Mais sur la partie latérale gauche, nous découvrons un orifice allongé, oblique, nous y introduisons une sonde cannelée de haut en bas et nous ne sommes pas peu surpris de découvrir que cette sonde pénètre dans un autre vagin situé par conséquent en dehors (c'est à-dire à gauche) et un peu en arrière du premier. Nous incisons aussi la partie supérieure, et nous nous trouvons alors en présence d'un vagin et d'un utérus doubles. En effet, il existe à peu près à la partie médiane de l'utérus et du vagin, une cloison longitudinale complète qui divise vagin et utérus en deux portions inégales.

C'est dans le vagin antérieur que nous avions pénétré en pratiquant le toucher. D'ailleurs, la disposition du col (ou plutôt de la portion inférieure de l'utérus), est la même des deux côtés, à savoir que le col ne fait pas de saillie dans le vagin.

Cette femme avait-elle subi l'amputation du col de l'utérus ? Cela nous paraissait moins probable après avoir fait cette découverte d'autopsie. Néanmoins nous sommes allé consulter le registre de l'hôpital Beaujon : il n'y est fait aucune mention d'opération, nous avons seulement relevé le diagnostic, polype utérin.

Nous avons voulu présenter ces pièces, parce que nous avons cru qu'elles étaient intéressantes à deux points de vue.

D'abord il est facile d'y voir les diverses étapes des corps fibreux : polypes intra-utérins, corps fibreux interstitiels, et corps fibreux sous-péritonéaux. De plus on peut voir aussi sur ces pièces deux transformations de ces corps fibreux, la transformation calcaire et la transformation graisseuse.

En second lieu, ces pièces nous ont paru intéressantes à cause de la division complète du vagin et de l'utérus.

Nous trouvons dans le *Manuel de gynécologie* de M. de Sinéty : « Les vagins doubles, c'est-à-dire séparés par une cloison longitudinale complète, s'accompagnent le plus souvent d'une division semblable de l'utérus... . Les deux conduits ne sont pas toujours parallèles, le gauche étant situé sur un plan plus antérieur que le droit. » Dans notre cas, la division de l'utérus accompagne celle du vagin, mais le vagin gauche est situé sur un plan un peu postérieur au vagin droit.

Quant à notre utérus, ce n'est pas ce qu'on peut appeler un utérus bicorne, c'est un utérus septus. « Dans cette variété, dit M. de Sinéty, l'organe utérin possède à l'extérieur sa configuration normale ; mais sa cavité est divisée en deux par une cloison médiane. » C'est bien ce que l'on constate dans ce cas. La cloison qui séparait les canaux de Müller ne s'est pas résorbée, d'où la division de l'utérus et du vagin.

L'examen histologique pratiqué par M. Darier, répétiteur au Collège de France, a donné les résultats suivants : La tumeur ossiforme a la structure du fibromyome calcifié, on n'y trouve pas de vrai tissu osseux. La seconde tumeur au contraire, qui était de consistance molle et diffluente, est un carcinome pur. Dans les points où la conservation des tissus est suffisante, on reconnaît l'existence de très nombreuses cellules irrégulières comprises dans des alvéoles à parois conjonctives très minces ; c'est en somme un type de cancer encéphaloïde.

10. Epithéliome kystique de la région sus-hyoïdienne gauche. — Ulcération de l'artère faciale. — Ligature de la carotide primitive ; par Le Bars, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

P..., Pierre, 6[illegible] ans, journalier, entre le 15 novembre 1886, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Le Fort.

Rien à noter dans les antécédents, si ce n'est l'existence, il y a deux ans, d'un petit bouton sur la lèvre inférieure, à droite ; à ce niveau, on trouve aujourd'hui une encoche cicatricielle.

Il y a six semaines seulement, le malade s'aperçut de la présence d'une petite grosseur, sous la machoire inférieure, du coté gauche. Assez rapidement la tumeur prit du volume, sans phénomènes inflammatoires, et presque

sans douleurs; depuis trois semaines, elle a acquis son volume actuel.

C'est une masse arrondie, grosse comme une tête de fœtus, dont le relief descend jusqu'à la hauteur du cartilage cricoïde. remonte jusqu'à un doigt du rebord orbitaire, et occupe toute la joue, de la commissure au creux parotidien. Tendue et rénitente sous le doigt, elle est fluctuante dans toute son étendue; en dedans, la joue, épaissie et indurée, fait corps avec elle. Le reste de la muqueuse buccale parut sain. Le 16 novembre, on pratique au bistouri une étroite ponction à la partie déclive de la tumeur : il s'écoule 400 grammes d'un liquide jaunâtre, un peu trouble, non mélangé de sang; examiné au microscope, il contient une notable quantité de leucocytes granuleux, pas d'autres éléments.

La masse s'affaisse complètement, la joue s'aplatit : il reste seulement en haut, en avant, et en bas, un rebord induré.

Le 17, la poche s'est remplie en partie, et la pression en fait sortir une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent.

Les jours suivants, le même phénomène se reproduit; chaque matin, on vide la poche kystique, qui semble pourtant se rétrécir un peu à sa partie supérieure.

La fin de novembre et les premiers jours de décembre se passent ainsi, sans incident nouveau.

Le 10 décembre, le pansement était imbibé de sang : un suintement se faisait par l'orifice étroit de la plaie. On fit de la compression.

Le 11 décembre. l'hémorrhagie continue. plus abondante : on a refait le pansement dans la nuit. Nouvelle compression.

Le 12, l'hémorrhagie persiste. Une intervention devient urgente.

M. le Dr Ménard, chef de clinique de la Faculté, incise largement, dans le sens vertical, la paroi de la poche : on tombe dans une énorme cavité, bourrée de caillots. Au fond. après détersion rapide et lavage, on aperçoit le maxillaire inférieur, presque à nu, et brisé au-devant de son angle; au-dessous, une masse rougeâtre semble représenter la glande sous-maxillaire. C'est en dehors de cette masse, que, sous l'éponge, apparaît un jet de sang rouge : on y porte une pince, mais le vaisseau se rompt; une seconde pince le déchire sur une longueur plus grande encore : on arrive tout près de la carotide externe, dans l'angle postérieur de la plaie. Une tentative de cautérisation au fer rouge reste sans résultat. C'est alors qu'on se décide à lier la carotide primitive. Pendant que l'on comprime directement dans la plaie, le tronc carotidien est recherché à deux doigts au-dessus du sternum, et lié au niveau du bord supérieur de l'omo-hyoïdien.

L'hémorrhagie est arrêtée. Le malade, qu'on avait chloroformisé, s'éveille un peu, et commence à faire quelques mouvements; mais dès lors on constate que les deux membres du côté droit demeurent inertes; la piqûre, le pincement ne provoquent de ce côté aucun réflexe : l'hémiplégie, dès ce moment, est absolue. Les pupilles sont toutes deux rétrécies.

Le malade ne reprit pas connaissance; la respiration resta stertoreuse et irrégulière. Mort à trois heures et demie de l'après-midi.

Autopsie. — On retrouve la large cavité qu'on avait vue en opérant : cavité qui logeait le poing et qui va du rebord orbitaire au cricoïde, de la symphyse mentonnière à la glande parotide, adhérente à sa paroi postérieure. Sa surface interne est rougeâtre, mamelonnée et fongueuse : elle est encroûtée dans toute son étendue d'une couche lardacée en dehors, mais friable en dedans, dont l'épaisseur varie de 5 millimètres à 1 centimètre et demi; nulle part, on ne trouve de gros noyaux néoplasiques. Au fond de la cavité, la branche horizontale du maxillaire est rompue à deux doigts au-devant de l'angle : les deux fragments mobiles s'écartent d'environ 1 centimètre; sous la couche fongueuse qui le recouvre, l'os est rugueux. mais encore dur et solide. Plus bas, sous forme d'un moignon arrondi, la glande sous-maxillaire émerge de la région sus-hyoïdienne largement ulcérée : on ne retrouve plus trace des ganglions sous-maxillaires. Près de là, on retrouve trois ulcérations artérielles : en bas et en arrière, près de la grande corne de l'os hyoïde, le bout inférieur de l'artère faciale; en haut et en avant, sur le maxillaire, deux artères isolées sur une longueur de 2 centimètres et déchirées à leur extrémité : l'externe est le bout supérieur de la faciale, l'interne est la coronaire labiale inférieure.

La masse se prolonge très près du tronc carotidien externe, sans l'englober pourtant : par la dissection, on l'isole avec peine d'un magma de glanglions adhérents. L'ulcération siégeait bien sur la faciale, qu'on retrouve à son origine Plus bas, le fil porte sur la carotide primitive à 4 centimètres de la clavicule.

C'est sous la peau, que paraît siéger dans la plus grande partie de son étendue la cavité neoplasique. La carotide est adhérente, mais indemne; la muqueuse buccale, la langue, le larynx, et le pharynx ne présentent rien d'anormal à l'examen.

On ne trouve pas de noyaux dans les viscères.

Pas de caillot dans la carotide interne, ni dans les artères du cerveau. Rien à noter dans l'encéphale.

L'examen histologique des fragments de la paroi, pris sur plusieurs points, donne les résultats suivants :

Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé : les globes épidermiques sont fort abondants. Sur les coupes, partant du niveau de la sous-maxillaire, on trouve dans les couches périphériques des lobules épithéliaux avec globes centraux; plus profondément, l'infiltration épithéliomateuse, à un stade moins avancé, se continue dans l'épaisseur de la glande.

Il parait donc probable que la glande sous-maxillaire a servi de point de départ au néoplasme.

Réflexions. — Ce qui demeure établi, c'est l'existence possible au sein des épithéliomas pavimenteux, de cavités kystiques relativement énormes; et ces tumeurs liquides, par leur volume. la nature de leur contenu, leur évolution, peuvent affecter à s'y méprendre l'allure clinique d'un kyste séreux ou d'un abcès froid. C'est un fait beaucoup moins rare que l'ulcération artérielle au contact du néoplasme ulcéré. Nous signalons seulement la brusquerie de l'hémiplégie survenue immédiatement après la ligature de la carotide primitive, et qui rentre, du reste, dans la série des accidents consécutifs aux ligatures du tronc carotidien, accidents bien connus depuis les travaux de M. le professeur Le Fort.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 juillet 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. Morel-Lavallée, chef de clinique de M. le Dr Fournier, présente au nom de son maître de très beaux moulages représentant l'avant-bras d'un sujet sur lesquels on peut voir des lésions ayant par places un aspect eczémateux, dans d'autres recouvertes de croûtes sous lesquelles il y avait des surfaces ulcérées à aspect de papillome, puis des traînées d'angioleucite avec noyaux ressemblant à des gommes. A la suite d'injections d'eucalyptol iodoformé, le malade s'améliora, aujourd'hui sa main est presque complètement cicatrisée. On n'a pas trouvé de bacilles dans le pus et les inoculations ont été infructueuses; le diagnostic de tuberculose cutanée a été pourtant admis dans le service.

M. Debove rapporte l'histoire d'une malade non alcoolique, syphilitique depuis trois ans, qui, depuis trois mois, éprouvait de la fatigue, du malaise, des douleurs en ceinture; au moment de son entrée dans le service (10 février), elle eut de l'ictère. Le foie était tuméfié, la rate grosse, l'ascite douteuse, la température matinale 38°. L'état général s'aggrava rapidement, l'ictère augmenta, il survint de la diarrhée, des épistaxis, la malade maigrit. Le 1 mars, le foie diminua, les urines devinrent rares et la malade mourut le 28 mars. A l'autopsie, le foie pesait 1.735 grammes, était jaune, dur, granuleux, ne renfermant pas de calculs. Au microscope, l'aspect était celui de la cirrhose

monolobulaire, avec nombreux éléments embryonnaires dans la gaîne conjonctive. La sclérose était à la fois périlobulaire et périveineuse, avec dégénérescence granuleuse et graisseuse des cellules hépathiques, M. Debove pense qu'il s'agit là d'une *cirrhose aiguë du foie.*

M. Ballet présente un malade atteint d'un sciatique fruste, qui montre au plus haut degré une déviation générale du tronc du côté opposé à celui de la sciatique. Cette attitude vicieuse a été récemment signalée par M. Charcot; elle cause au malade une très grande fatigue par suite des efforts qu'il est obligé de faire pour se maintenir en équilibre. Chez ce malade la douleur de la fesse s'est produite subitement et presque aussitôt s'est montrée la déviation du tronc. Les autres signes de la sciatique : douleur à la pression, par exemple, sont peu marqués; il n'y a qu'un peu de douleur profonde de la fesse et des fourmillements dans tout le membre. Le malade a été traité par les pulvérisations de chlorure de méthyle; il est très amélioré et l'attitude vicieuse est beaucoup moins accusée.

M. Gaucher rapporte deux cas de pleurésies purulentes, suite de grippes graves. Dans un cas, une parturiente, 3 jours après un accouchement absolument normal, fut prise de frissons, de fièvre; elle avait une congestion pulmonaire intense, puis survint bientôt une pleurésie diaphragmatique et enfin une pleurésie purulente. La malade guérit. Le second fait se rapporte à un homme qui fut atteint de frissons, de fièvre, de dyspnée et de point de côté à droite; on trouva une pleuropneumonie avec bronchite; l'état général était fort mauvais. La dyspnée augmentant, on constata une pleurésie abondante et on retira un litre de pus de la plèvre du malade. On fit deux autres ponctions, puis l'empyème et le malade finit par guérir. Le pus contenait les microbes ordinaires.

M. Rendu pense qu'il pourrait bien s'agir dans ces cas, non pas de grippes, mais d'une de ces formes de broncho-pneumonies septiques. Il a observé une malade qui, ayant eu au début une forte congestion pulmonaire, fit bientôt un épanchement pleural considérable, puis mourut rapidement. A l'autopsie on trouva 4 à 5 cuillerées de pus; cette pleurésie semblait avoir été produite par la rupture d'un petit foyer cortical de broncho-pneumonie. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *juillet* 1887. — Présidence de M. Polaillon.

M. Tillaux, au nom de M. le Dr Leprévost (du Havre), dépose sur le bureau une observation d'*Inversion utérine irréductible traitée par l'amputation et guérie.*

M. Richelot fait un rapport sur une observation de M. Routier intitulée : *Pseudarthrose du maxillaire inférieur guérie par suture osseuse avec intercalation entre les deux fragments osseux d'une cheville en os de veau.* Cette pseudarthrose était consécutive à une résection orthopédique du maxillaire inférieur pour asymétrie de la face chez une hystérique. M. Routier réséqua le tissu fibreux de la pseudarthrose après avoir perforé les deux fragments avec le perforateur, puis enleva cet instrument et le remplaça par une cheville osseuse faite avec de l'os de veau; cette dernière rendit immobile les deux morceaux de l'os maxillaire. La guérison a lieu très simplement. A l'heure qu'il est, la face est moins difforme et les troubles fonctionnels de la mastication qui existaient avant cette résection orthopédique ont complétement disparu. Cette observation, — faite chez une femme qui était très nerveuse, qui avait des attaques fréquentes d'hystérie, qui par conséquent ne resta jamais calme et fut causa elle-même du développement de cette pseudarthrose, — montre que la résection orthopédique est une opération digne dans ces cas d'être faite à nouveau.

M. Magitot fait remarquer que l'opérée n'avait que seize ans et qu'on aurait pu, même à cet âge, essayer l'emploi d'appareils orthopédiques pour corriger la difformité du maxillaire; ces derniers appareils bien employés ont donné des guérisons.

M. Richelot répond que la difformité était trop accentuée pour penser aux moyens de douceur. La disproportion était ici très considérable entre les deux moitiés du maxillaire inférieur.

M. Terrillon fait une communication sur une *variété rare de kystes parovariens* et *sur leurs rapports avec les kystes ovariques.* Actuellement on admet qu'il y a deux espèces de kystes dans la région ovarienne : 1° *les kystes mucoïdes*, multiloculaires ou ovariques proprement dits; 2° *les kystes uniloculaires* ou parovariques. Cette distinction anatomique est pour M. Terrillon trop artificielle; d'ailleurs beaucoup de chirurgiens étrangers sont de son avis. Il y a, en effet, dans les kystes des ligaments larges, deux espèces de kystes s'y développant primitivement, sans parler, bien entendu, de ceux de l'ovaire qui secondairement envahissent ces ligaments. *a*) Les uns sont uniloculaires, contiennent un liquide dépourvu de paralbumine, ont une paroi absolument simple. C'est là le type des kystes dits jusqu'à ce jour kystes parovariques. *b*) Les autres sont aussi uniloculaires, mais leur paroi a une structure compliquée, présente parfois des verrues, des sortes de petites végétations; on y trouve de la paralbumine et un épithélium mucoïde.

Cette dernière variété de kystes du ligament large se rapproche très nettement des kystes de l'ovaire par leur structure. M. Terrillon en cite quatre observations personnelles et rappelle que plusieurs chirurgiens ont rapporté des cas analogues. Jusqu'à présent, on disait que ces kystes parovariques provenaient des débris du corps de Rosenmuller. M. Terrillon admet qu'ils naissent plutôt aux dépens d'ovaires supplémentaires ou de petits morceaux d'ovaires disséminés dans les ligaments larges. On voit donc qu'ils ont une origine identique à celle des kystes ovariques proprement dits, ce qui explique pourquoi ils ont une structure presque analogue à ces derniers. D'autre part, quoi qu'on en ait dit, ces kystes parovariens se remplissent toujours à nouveau de liquide, même après des ponctions répétées. Cela tient à la complexité de leur épithélium.

M. Quenu dit qu'on ne peut nier l'existence de cette variété de kystes des ligaments larges, mais cliniquement il y a une différence entre ces kystes parovariques et les kystes de l'ovaire; la même différence existe au point de vue anatomique. Il repousse l'hypothèse des ovaires surnuméraires : il est inutile d'y avoir recours. Ne sait-on pas que les éléments épithéliaux de l'ovaire et ceux du corps de Rosenmuller proviennent tous de l'épithélium germinatif? par conséquent tous les kystes de la région ovarienne ont le même point de départ embryonnaire. Cela suffit pour expliquer que les kystes qui en dérivent aient une fin analogue, c'est-à-dire qu'il y ait des analogies dans la structure de certains kystes du ligament large et de l'ovaire. Dans des kystes dermoïdes d'ailleurs, on trouve parfois un petit coin ayant l'aspect des kystes mucoïdes.

M. Terrillon a vu un kyste mucoïde dont une partie était dermoïde. Dans cette communication, il a voulu insister surtout sur le peu de valeur d'un signe considéré comme bon au point de vue diagnostique, à savoir la présence ou l'absence de la paralbumine. La présence de la paralbumine dans le liquide d'un kyste n'est pas suffisante pour qu'on puisse affirmer que ce kyste soit d'origine ovarique.

M. Quenu répond que la paralbumine peut disparaître du liquide d'un kyste parovarique, alors qu'elle existait auparavant.

M. Bouilly communique une observation intitulée : *Kystes hydatiques de l'abdomen* (épiploon et petit bassin). Femme de 30 ans, atteinte en 1886 de vomique pulmonaire causée par des kystes kydatiques du poumon. Tumeur abdominale donnant l'idée d'une grossesse de cinq mois, ventre affaissé sur les flancs, saillant à l'hypogastre. Sensation d'œufs juxtaposés dans tout l'abdomen. Saillies hémisphériques dans le cul-de-sac de Douglas. Bon état général. Rien au foie. Laparotomie. Énucléation des kystes situés dans l'épiploon et le petit bassin. Guérison opératoire. M. Bouilly insiste sur l'innocuité de la chute du liquide hydatique dans le péritoine, phénomène qui se produisit souvent pendant l'opération. Pas d'urticaire. Il suivra la malade avec soin pour voir s'il se produira des kystes kydatiques dans l'abdomen. En somme, opération très recommandable.

M. Tillaux dit que le *frémissement hydatique* est un phénomène dont l'existence est *incontestable*, quoi qu'on l'ait contesté, mais il est *rare* et doit être forcément très rarement observé. Dans un cas de kystes hydatiques multiples du grand

épiploon qu'il a rarement opéré, comme M. Bouilly, il n'a constaté ce frémissement qu'en *un seul point* de la tumeur, au niveau de l'ombilic. M. Tillaux expose alors la théorie, confirmée d'ailleurs par les faits, qu'il a adoptée pour expliquer ce frémissement. Pour lui, le frémissement est dû au froissement les unes contre les autres des parois d'une foule de petites hydatides enfermées dans une poche mère sans interposition d'aucun *liquide*. Il n'est possible que quand les grosses hydatides sont ainsi constituées, et ces sortes d'hydatides sont *rares*, ce qui explique la rareté du frémissement. Lorsque les grosses hydatides sont remplies par du liquide, le frémissement ne peut pas se produire : comme ces variétés de poches hydatiques sont les plus communes, il en résulte que très souvent le frémissement manque. Des constatations anatomiques ont permis à M. Tillaux de vérifier l'exactitude de sa théorie, c'est-à-dire d'en montrer la réelle valeur scientifique.

M. Terrillon cite un fait qui confirme la théorie de M. Tillaux, et insiste sur la nécessité des lavages du péritoine à grande eau bouillie, dans toutes les opérations de la laparotomie.

M. Bouilly cite aussi un fait identique à ceux observés par M. Tillaux.

M. Quenu présente un *clan pour pédicules d'ovariotomie et hystérectomie*, construit par M. Mariaud. Il est plus facile à nettoyer que tous ceux construits jusqu'ici.

M. Bouilly trouve qu'il réalise un progrès considérable.

M. Brun montre des pièces qui viennent confirmer la nouvelle théorie du bec-de-lièvre d'Albrecht, défendue en France par A. Broca. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 25 mai 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. Delpech, à propos de récentes communications, étudie l'action irritante locale des injections sous-cutanées de calomel et d'oxyde jaune de mercure. Il fallait déterminer comment se produit l'irritation qui souvent aboutit à la formation de véritables accès. L'auteur établit que mis en présence des chlorures alcalins et de l'oxygène des tissus, ces sels se transforment en partie tout au moins en sublimé. Or, l'action irritante des injections de sublimé est connue depuis longtemps et ainsi se trouvent expliquées les nodosités qui se forment dans le tissu cellulaire sous-cutané, les névralgies lombaires causées par l'action directe du sublimé sur les nerfs de voisinage.

M. E. Labbé dit qu'on se préoccupe beaucoup aujourd'hui du traitement pour ainsi dire réflexe de la coqueluche. Des expériences récentes semblent avoir montré qu'en diminuant l'excitabilité réflexe des muqueuses nasale ou laryngée, on faisait disparaître rapidement les quintes. Sans chercher à intervenir dans la discussion, l'auteur exposera seulement le traitement qu'il emploie depuis plus de 33 ans. Il badigeonne la muqueuse laryngée avec une solution de teinture d'iode au [illegible] et voit de ce fait les quintes disparaître progressivement et rapidement. Comment agit la teinture d'iode ? tue-t-elle [illegible] les microbes ; atténue-t-elle l'excitabilité de la muqueuse laryngée, l'auteur n'a pas à se prononcer, et se contente de constater les bons effets de cette médication.

G. T.

Séance du 8 juin 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. Gallet de Gassicourt lit une note sur les propriétés de la caséine pour émulsionner les graisses et les huiles. Le saccharure de caséine en particulier émulsionne parfaitement l'huile de ricin et rend, de ce fait, ce médicament très supportable. L'auteur emploie la formule suivante :

Huile de ricin	15 grammes.
Eau de laurier-cerise . .	5 —
Eau distillée	100 —
Saccharure de caséine . .	Q. S. pour émulsionner.

M. Bardet étudie le pouvoir digestif de la pepsine mise en présence de solutions alcooliques diversement titrées. Il résulte de ses expériences que son action est conservée alors que la solution alcoolique est inférieure à [illegible]. Lorsque ce titre est dépassé, le ferment est tué et n'agit plus.

M. C. Paul dit que c'est pour cette raison que la pepsine doit être prise dès le commencement du repas, de telle façon que son action ne soit pas gênée par l'absorption ultérieure des liqueurs alcooliques, dont il est fait un fréquent usage.

M. Ferrand lit une note de M. Berbez, qui a obtenu une amélioration par le traitement à l'aide du massage des raideurs musculaires, si fréquentes dans la paralysie agitante.

M. P. Vigier propose la formule suivante, destinée à remplacer par des pilules les solutions de lithine et d'arsenic préconisées par M. Martineau dans le traitement du diabète.

Carbonate de lithine. . . .	0,10 centigr.
Arseniate de soude	0,003 mill.
Extrait de gentiane	0,05 centigr.

pour une pilule.

Une pilule matin et soir pendant plusieurs mois, même après la disparition du sucre.

M. C. Paul donne simplement une dose de carbonate de lithine effervescent dans un verre d'eau dans lequel on verse quelques gouttes d'une solution arsenicale titrée.

M. C. Paul fait mettre dans un verre d'eau gazeuse 0,50 centigr. de carbonate de lithine et 2 gouttes de liqueur de Fowler. Gilles de la Tourette.

REVUE DE CHIRURGIE

I. **Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique** ; par Lewis Sayre (de New-York) ; traduction par Thorens. Steinheil. Paris, 1887.

II. **Fragments de chirurgie contemporaine** ; par A. Brissay. — Oct. Doin, Paris, 1887.

III. **Traitement des raideurs articulaires** ; par le Dr Norstrom. — A. Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1887.

I. Les leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique de Sayre, le professeur bien connu de l'hôpital Bellevue à New-York, viennent d'être traduites en français par M. Thorens. Ce livre est présenté au public médical par M. Polaillon, qui, dans une introduction aussi flatteuse pour le traducteur que pour l'auteur, montre bien quel est l'intérêt de ces leçons, quel est leur but et pourquoi M. Thorens a cru bon de mettre à la portée des chirurgiens français un ouvrage aussi original. On y trouvera les idées, les procédés personnels de ce praticien à qui l'orthopédie doit beaucoup. C'est avec raison que dans sa leçon d'ouverture sur l'histoire de la chirurgie des déformations et des difformités, Sayre insiste sur l'indifférence de certains praticiens vis-à-vis de cette branche de l'art médical : il montre que c'est là un très bon moyen de favoriser le charlatanisme et l'empirisme que d'abandonner à des mécaniciens plus ou moins instruits tout ce qui concerne le traitement des difformités. On connait les origines de cette branche de la thérapeutique ; on sait qu'elle appartient aux Français et que les magnifiques résultats qu'elle fournit il y a quelque vingt ans dans les mains de Bouvier, Guérin, Bonnet, etc., excitèrent l'enthousiasme des Américains, lorsqu'ils vinrent à Paris constater les bienfaits de cette nouvelle science. Sayre est celui qui, en Amérique, a défendu avec le plus de talent la cause de l'orthopédie : aussi trouvera-t-on dans ses leçons, peu riches en hypothèses et en théories, une foule de conseils très pratiques sur les plus importants chapitres de l'orthopédie. Les questions traitées dans ce livre sont : les pieds bots, les déviations du rachis, le mal de Pott, la scoliose, le torticolis, les arthrites tuberculeuses ou autres, du genou, du cou-de-pied, de la hanche, les ankyloses, la paralysie infantile, le genu valgum, les difformités des doigts, le phimosis, les cors, etc. Nous n'analyserons pas chacune de ces leçons : signalons seulement l'ingéniosité des appareils de l'auteur, la nouveauté de certains modes de traitement. Quelques opinions de Sayre paraîtront un peu exagérées : il nie, entr'autres choses, les arthrites d'emblée tuberculeuses, dit M. Polaillon, et pourtant elles sont incontestables. Quoi qu'il en soit, voilà un ouvrage que devront avoir à leur disposition tous ceux qui s'occupent avec prédilection d'orthopédie.

II. M. Brissay (de Rio de Janeiro) est venu en Europe pour aller chercher le progrès partout où il se trouvait. Il

a parcouru les principales Universités, suivi les leçons des maîtres actuellement en renom et a rédigé pour ses compatriotes des notes puisées à la source même. Le livre qu'il vient de publier n'est pas autre chose que ces notes-là recueillies au jour le jour. Il ne s'agit donc ici que d'une série de petits chapitres portant sur la gynécologie et la chirurgie. M. Doléris, dans une longue introduction, a complété par des vues personnelles quelques-unes des questions gynécologiques qu'on trouvera dans ce volume; ces adjonctions n'ont fait qu'augmenter l'intérêt de ces simples notes sans prétention.

Dans le cinquième et le sixième chapitre sont réunis tous les sujets qui sont plus spécialement du domaine de la gynécologie; citons seulement la myotomie, la trachélorrhaphie, le râclage de l'utérus, son écouvillonnage, la colporrhaphie, l'opération d'Alexander, la salpingotomie. On y trouvera des renseignements précis sur ces opérations qui sont employées depuis peu ; mais il faut avouer que tout cela est connu, publié depuis quelques années déjà.

En ce qui concerne la partie purement chirurgicale, signalons le chapitre de l'anesthésie. Le procédé de Fischer y est indiqué (mélange de diméthylacétal et de chloroforme) ainsi que celui de Bert et Dubois ; de plus, l'auteur raconte la façon de procéder de certains chirurgiens, lorsqu'il s'agit de l'anesthésie dans les hôpitaux. Ce qui se rapporte à l'asepsie et l'antisepsie chirurgicales sera lu avec intérêt. Il y en a tant qui encore, à l'heure actuelle, ne se doutent pas de ce qu'est la véritable méthode antiseptique. « A Dresde, chez Léopold, dans les cas de laparotomie, le chirurgien et ses aides prennent un bain le matin avant l'opération. » On voit par là quels soins méticuleux il faut prendre quand on veut entreprendre certaines opérations. « Martin procèderait avec autant de rigueur. Il n'admet à ses opérations que des spectateurs aseptiques. » Citons, pour terminer, parmi les opérations sur lesquelles M. Brissay donne quelques indications, le cathétérisme des uretères chez la femme, moyen d'exploration peu usité encore en France, complètement inoffensif et qui a pu rendre de grands services entre les mains de chirurgiens spécialement exercés. Le procédé de Pawlick (de Vienne) est décrit avec soin par M. Brissay dont l'ouvrage, dans bien des circonstances, dispensera de recourir à des travaux publiés en langue étrangère. C'est là son principal mérite.

III. M. Norström, auteur d'un manuel de massage, reprend aujourd'hui et développe un chapitre de ce manuel, le traitement des raideurs articulaires ou fausses ankyloses. Pour lui, certaines raideurs articulaires, trop souvent rangées parmi les infirmités incurables, sont loin d'être au-dessus des ressources de l'art : avec un peu de patience et de méthode, on peut en avoir raison. L'auteur propose le massage et la rectification combinés, mais il a soin de faire remarquer que la méthode qu'il défend n'est pas nouvelle. Si « presque personne ne s'est aperçu que l'un pouvait servir de préparation ou d'adjuvant à l'autre, » c'est donc pour M. Norström un mérite incontestable que d'avoir eu recours alternativement à ces deux procédés. et, dès lors, il y a réellement quelque chose de nouveau dans sa façon de faire. Aussi ne lira-t-on pas sans intérêt les recherches personnelles de ce médecin. Quant à partager entièrement la confiance qu'il a dans la valeur de cette méthode, c'est une autre question. Nous voulons bien croire que beaucoup de difformités seront, par ces moyens, améliorées, mais il ne faudrait cependant pas considérer la rectification forcée avec massage comme un moyen toujours curatif des fausses ankyloses qu'on a à soigner. Ces ankyloses, d'ailleurs, présentent bien peu de contre-indications à la nouvelle méthode de traitement. Les seules que donnent M. Norström sont la sénilité, l'affaiblissement et une impressionnabilité nerveuse extrême. L'auteur décrit avec soin sa façon d'opérer, de faire le redressement, puis le massage Tantôt il commence par le massage, tantôt par le redressement. Il reconnaît que l'application de son procédé est parfois suivie de phénomènes réactionnels, mais il ne faut pas les redouter. Il suffit de prévenir le patient de leur apparition presque constante. Dans les deux derniers chapitres sont décrites d'une façon spéciale les applications de la méthode au traitement des ankyloses des articulations du membre supérieur et du membre inférieur. On y trouve un grand nombre d'observations personnelles et inédites. Toute la première partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude étiologique des raideurs articulaires. Il y a aussi un chapitre sur leur anatomie pathologique et leur classification. Ce n'est qu'après avoir exposé les méthodes antérieurement usitées que M. Norström décrit son procédé.

Marcel Baudouin.

CORRESPONDANCE

Hospitalisation des vénériennes (1).

A Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Mon cher M. Bourneville,

Puisque vous entreprenez une campagne contre les abus qui se commettent dans certains hôpitaux de province, particulièrement en ce qui concerne les services dits de *vénériens*, voulez-vous me permettre de vous communiquer le résultat des observations que j'ai pu faire en visitant quelques-unes des villes du littoral de la Manche. Nous commencerons, si vous voulez aujourd'hui par Boulogne-sur-Mer, ville de 46.000 âmes, dit le guide Joanne, premier port de pêche de France, bains de mer très suivis, etc., etc.

L'hôpital de Boulogne est un vieil édifice, en fort mauvais état ; mais —hâtons-nous de l'ajouter—on est en train de le rebâtir presque complètement. Après avoir construit une annexe entièrement neuve, due à la générosité d'un M. de Clocheville, qui a légué dans ce but, il y a quelques années, trois millions à l'administration des hospices. Si cela peut intéresser vos lecteurs, je vous donnerai une autre fois le plan de ce nouvel hôpital annexe. Ces plans — je vais bien vous étonner — ont été soumis, parait-il, à diverses reprises au corps médical de l'hôpital ; voilà un bon exemple à suivre et on devrait citer l'administration des hôpitaux de Boulogne en exemple à tous leurs collègues de France. Mais, pour le moment, il s'agit d'autre chose. Comment sont traités actuellement les vénériens et vénériennes à l'hôpital de Boulogne?

D'abord, par une bizarrerie inexplicable, ils sont tous répartis dans le service de chirurgie. La blennorrhagie et la syphilis relèvent de la chirurgie : ainsi en ont décidé probablement les fondateurs de l'hôpital il y a quelques deux ou trois cents ans, et on continue les errements des temps passés, histoire de ne pas violenter la sainte routine. Mais ce qui est encore plus incroyable si possible, c'est aussi dans le service de chirurgie que sont réparties toutes les affections cutanées ; j'y ai vu à ma dernière visite deux cas d'eczéma et un psoriasis, qui n'était même pas syphilitique ; comme je viens de le dire, c'est au moins bizarre.

Ce principe une fois admis que la chaudepisse et la vérole sont des affections chirurgicales au même titre que les fractures de jambe et... l'eczéma, j'ai eu le plaisir de constater que les vénériens et vénériennes se trouvent dans les salles communes mêlés aux autres malades Leur régime est celui des trois quarts, sauf contre indication, pour parler la langue hospitalière, et jamais il n'est question de les punir par la suppression partielle ou totale de leur régime alimentaire. Je me hâte d'ajouter qu'il ne résulte, en général, aucun inconvénient de la promiscuité de ces malades avec les autres, et je tiens ce détail d'une autorité peu suspecte, à savoir des sœurs elles-mêmes. Chose presque incroyable, les sœurs de cet hopital, à leur louange, ne songent pas d'ailleurs à traiter comme un être immonde, ainsi que le font trop souvent leurs pareilles, le malheureux vénérien, et bien des religieuses pourraient aller prendre des sœurs de l'hopital de Boulogne des leçons de véritable charité chrétienne.

Le service des femmes vénériennes *cartées* est distinct. Celles-ci sont enfermées à clef dans une salle spéciale Cette salle est fort mal située, car pour y avoir accès il faut traverser la salle d'accouchements. Mais je n'insiste pas sur ce point, car comme je l'ai dit en commençant, l'hôpital est en voie de transformation et je m'attends à mon prochain voyage à trouver tout cela modifié. Cette salle est assez bien aérée, assez vaste ; elle communique par un escalier spécial avec une petite cour ; mais, par exemple, les fenêtres sont peintes et grillées : il paraît que cela a été absolument nécessaire.

Et maintenant un gros point noir dans ce tableau. Le fauteuil à

(1) Voir 1887, t. V, p. 232, 240, 312, 354, 431, 468, 478, 509, 534 ; — t. VI, p. 30.

spéculum, fort primitif d'ailleurs, est situé au beau milieu de la salle des femmes cartées, et c'est là que ces filles passent la visite et subissent les pansements. Ce n'est déjà pas bien, mais ce qui est absolument renversant, c'est que *toutes les vénériennes de la salle commune viennent aussi là pour être examinées au spéculum.* On dirait que, par un reste de préjugés, on veut leur montrer qu'elles ont un point commun avec les malheureuses de la salle spéciale. Mais je suis convaincu qu'il suffirait d'un mot du chirurgien chef de service pour changer cela, et je m'étonne vraiment que le mot n'ait pas encore été dit.

Voilà, mon cher M. Bourneville, ce que j'ai vu à Boulogne-sur-Mer : comme vous le voyez, ce n'est pas trop mal. A une autre fois l'hôpital de Calais que j'ai visité aussi.

Tout à vous, VIATOR.

Voici encore quelques renseignements sur divers hôpitaux de l'Est. A l'hôpital civil et militaire de Saint-Dié, on reçoit les vénériennes dans une salle de quatre lits, sans communication avec les autres salles, dont les fenêtres sont consolidées avec des barreaux et les portes scrupuleusement fermées. Lors de notre visite, le 12 septembre dernier, il n'y avait qu'une malade, une pauvre ouvrière, qui se cachait de honte et qui, certes, n'aurait occasionné aucun scandale si on avait eu l'humanité de la laisser dans l'une des salles communes. Croit-on qu'après les ennuis d'un isolement prolongé, en dehors de toute communication avec d'autres êtres vivants que l'infirmière qui lui apporte sa nourriture... souvent les restes de tous ; si, plus tard, il survient de nouvelles manifestations de sa maladie, cette femme soit encouragée à venir se soumettre, dès le début, à un nouvel emprisonnement? C'est peu probable.

L'hôpital Saint-Maurice d'Epinal contient une salle de onze lits pour les vénériennes. Les fenêtres — comme partout — sont munies de barreaux et de grillages, et les portes sont solidement fermées à clef. Le mobilier se compose du rebut de l'hôpital. Les lits se composent, non d'un sommier, mais d'une paillasse. Les malades disposent d'une petite cour sans arbres, mal entretenue, entourée d'un grand mur surmonté encore d'une palissade. Un couloir conduit de la salle aux cabinets d'aisance et au *cachot* qui leur est contigu. Ce cachot serait d'un usage fréquent. Le jour de notre visite, il y avait deux malades : une ouvrière, n'ayant nullement l'aspect d'une prostituée, et une jeune « fille de maison », ni l'une ni l'autre n'avaient une allure dangereuse.

L'hôpital civil de Belfort, fondé en 1558 par des bourgeois de la ville, sous le nom d'*Hôpital des Bourgeois* ou d'hôpital de Sainte-Barbe, reçoit gratuitement les malades indigents de la ville et des faubourgs, et moyennant une pension de 1 fr. 50 par jour, ceux du territoire. *Toutes les affections* y sont traitées. Il s'agit là d'un établissement qui ne peut être amélioré, mais devrait être remplacé d'urgence. Douze lits sont attribués aux vénériennes, dix dans une salle, deux dans une autre salle qui sert en outre de réfectoire. Mobilier défectueux, absence de lavabos, d'appareils pour injections, insuffisance du cube d'air, barreaux, grillages, etc., et pour complément une vieille infirmière ivrognesse. Aux salles est annexé un petit cabinet pour l'examen au spéculum : « Quand les vénériennes sont indisciplinées, nous dit la religieuse, on les met quelques heures dans les *cabanons.* »

A l'hôpital de Gray, il y a au second étage de l'un des bâtiments, deux petites salles de chacune trois lits ; elles sont propres. Les fenêtres sont pourvues de fenêtres cadenacées. Les vénériennes n'ont pas de préau.

Les vénériennes ne sont pas reçues à l'hôpital de la Charité, de Langres. Il en est de même à Chaumont ; on les envoie à Besançon. — L'hôpital de Bar-sur-Aube n'admet pas les vénériennes; elles sont envoyées à Troyes. B.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des kystes congénitaux ; par LANNELONGUE et ACHARD. Asselin et Houzeau, Paris, 1886.

Comme le dit M. Lannelongue dans la préface, cet ouvrage est un traité didactique sur les kystes congénitaux, mais un traité dans lequel les opinions personnelles et les recherches inédites des auteurs tiennent une large place.

Tout le monde reconnaît que cette expression de *kystes congénitaux* est absolument défectueuse pour l'histologiste et l'embryologiste. Cependant l'usage, là comme ailleurs, a prévalu, et M. Lannelongue a dû employer ce terme faute de mieux. Il l'a fait aussi parce que l'élément kystique est presque toujours présent dans ces sortes de tumeurs, parce que cet élément kystique est surtout ce qui l'intéresse, lui chirurgien, parce que les tumeurs où cet élément est tout à fait accessoire se rattachent elles-mêmes aux kystes vrais par des liens très étroits et une série de formes de passage, pour parler le langage du naturaliste. M. Lannelongue a bien soin d'autre part de faire remarquer que le mot congénital ne se rapporte pas à la tumeur elle-même. Cette épithète « *congénital* » doit s'appliquer à la *cause* de cette tumeur, cause qui existe toujours dès la période de la vie intra-utérine. Ceci posé, voici quelle est la classification adoptée : 1° *Kystes dermoïdes,* dont on rapproche les *fibro-chondromes branchiaux* (1) et les *productions non kystiques congénitales à structure dermoïde* (ce sont ces cas qu'on ne peut vraiment pas faire rentrer dans la catégorie des kystes, ce sont bien des tumeurs dermoïdes). — 2° Les *kystes mucoïdes.* - 3° Les *kystes séreux.* — 4°. Enfin dans la 4e partie sont décrits des kystes congénitaux divers dont la nature n'est pas encore très bien connue.

Nous n'essaierons pas de résumer ici chacun de ces chapitres. L'étude des kystes dermoïdes est évidemment la partie la plus utile à lire et à consulter pour le chirurgien. Nous signalons tout particulièrement à l'attention des biologistes le chapitre qui traite de leur pathogénie. Nous y avons trouvé une phrase (p. 137) qui aujourd'hui doit être considérée comme n'étant peut-être pas tout à fait l'expression de la vérité. « Il est impossible, dit M. Lannelongue, de donner actuellement à cette question (*la théorie des monstres doubles*) une solution définitive; la démonstration n'est faite pour aucune des deux doctrines (unité ou dualité) (2). » Eh bien ! pour ceux qui ont assisté aux si belles leçons et aux si claires démonstrations que notre éminent maître, M. le professeur Duval, a faites cette année à l'Ecole d'Anthropologie, le doute n'existe plus, en ce qui concerne les Vertébrés du moins, et par conséquent l'homme. La théorie du savant embryologiste français Dareste triomphe, qu'on nous passe l'expression, sur toute la ligne.... primitive des très jeunes embryons se rapportant à des monstres doubles, à un tel point que ce qu'on nomme la théorie de Dareste n'est plus une théorie et encore moins une hypothèse; c'est l'exposé ou le résumé de faits d'*observation pure* et ces faits sont aujourd'hui au nombre de 30. Or sur ces 30 cas de monstruosités doubles, surprises aux premières phases de leur développement, 16 appartiennent à Dareste. (Voir à ce propos : Broca, *Société anatomique,* juin 1887.)

A propos de l'application de la théorie de l'enclavement aux kystes dermoïdes du nez, dont ce traité contient deux belles observations inédites (3), M. Lannelongue dit : *Les kystes médians du nez ne se trouvent pas sur la ligne de soudure de deux bourgeons,* ou plus exactement *sur les lignes de soudure des bourgeons qui prennent part à la formation de la face* (p. 124). Il a répété à peu près cette phrase récemment à la Société de Chirurgie, dans une discussion sur un cas de kyste dermoïde du sourcil, communiqué par M. Larger. Les embryologistes modernes semblent cependant admettre aujourd'hui l'existence d'une fente embryologique médiane au niveau de ce qui sera

(1) Nous avons récemment observé à la consultation de l'Hopital des Enfants-Malades un cas de fibro-chondrome pré-auriculaire. Ces tumeurs très curieuses paraissent être assez communes en somme.

(2) D'autant plus que M. Lannelongue paraît assez disposé à accepter dans les lignes suivantes la théorie de l'unité, c'est-à-dire la théorie opposée à celle admise à l'heure actuelle.

(3) M. Vieuss vient d'en publier une autre observation (*Revue médicale de Toulouse,* 15 juin 1887). Voir récentes discussions à la *Société de Chirurgie.*

plus tard le dos du nez. (Voir les récentes communications de Kundrat, de Vienne).—Qu'est-ce que cela prouve, sinon que les auteurs ont eu bien raison de dire : Les notions que nous possédons sur l'embryologie et la tératologie sont bien peu nombreuses relativement à ce qu'il nous reste à connaître. On ne saurait trop attirer l'attention sur ce point. En ce qui concerne l'homme, on doit l'avouer, les premières phases du développement, c'est-à-dire les plus importantes à tous les points de vue, sont presque totalement inconnues. Ceci bien admis, on ne s'étonnera pas de voir à chaque instant des théories tératologiques, basées sur un trop petit nombre de faits ou sur une mauvaise interprétation de ces faits, disparaître du domaine de la science contemporaine (1).

Si, pour les kystes congénitaux, MM. Lannelongue et Achard. ont exposé l'état actuel de nos connaissances sans parvenir à élucider certaines questions pathogéniques du plus haut intérêt, il ne faut pas regarder ces problèmes tératologiques comme impossibles à résoudre. S'il le sont *aujourd'hui*, *demain* peut-être une observation, que le hasard aura placée sous les yeux d'un embryologiste bien au courant des progrès de la science contemporaine, pourra jeter un jour tout nouveau sur un des points encore en discussion. Les auteurs de ce magnifique ouvrage sont donc loin d'avoir fait œuvre inutile en rassemblant tous les matériaux qui se rapportent à cette partie si intéressante de la pathologie chirurgicale de l'embryon comme de l'adulte; et tous ceux qui aiment la science, tous ceux que le progrès n'effraie pas, voudront lire, entr'autres choses, le chapitre qui se rapporte à la pathogénie des kystes dermoïdes.

MARCEL BAUDOUIN.

(1) Théorie des monstres doubles, du bec-de-lièvre (Albrecht), etc., etc. — Voir *Bull. Soc. An.*, juin 1887, p. 411.

VARIA

Prophylaxie de la syphilis : Rapport de M. A. Fournier (*Suite*).

Dans la troisième partie de son rapport que nous reproduisons textuellement, M. Fournier étudie spécialement les réformes qu'il convient d'apporter dans l'enseignement des maladies vénériennes. Il s'exprime ainsi :

« Votre commission a la conviction profonde qu'un des meilleurs moyens de lutter contre la syphilis et d'en diminuer la dissémination, c'est d'apprendre aux jeunes générations médicales, mieux qu'on ne le fait aujourd'hui, à connaître cette grande maladie, à la dépister sous ses formes diverses, à la traiter, à la guérir. Or, il faut bien en convenir, dans l'état de choses actuel, la syphilis est peu connue des médecins. Elle n'est réellement connue que de ceux, en petit nombre, qui ont été attachés comme internes, comme externes ou comme stagiaires aux quelques services spéciaux de la capitale ou des grandes villes de province. Combien d'étudiants achèvent leurs études ou passent leur thèse sans avoir mis le pied dans ces hôpitaux spéciaux autrement que pour une ou quelques visites de curiosité! Dans les examens de l'école, combien il est rare que les candidats soient interrogés sur la syphilis ! On évite même cet ordre de questions « spéciales », pour ne pas embarrasser les élèves, voire les bons élèves, qui peuvent avoir fait des études consciencieuses dans les hôpitaux généraux sans avoir eu l'occasion ou le loisir d'apprendre la syphilis.

« Conséquence : le plus grand nombre des étudiants se lancent dans la pratique en n'emportant des bancs de l'école que des connaissances superficielles, élémentaires, rudimentaires, si ce n'est même parfois tout à fait nulles, sur les affections vénériennes en général et la syphilis en particulier.

« Et alors, conséquence de la conséquence, les erreurs pullulent en pratique. C'est là ce qui explique comment on a vu (et les exemples n'en seraient que trop faciles et trop nombreux à citer) des médecins se méprendre sur le chancre, le confondre avec ceci ou cela ; — se méprendre sur la plaque muqueuse ou telle autre manifestation spécifique ; — confier des enfants dûment syphilitiques à des nourrices saines, ou inversement ; — juger la syphilis guérie après quelques mois, voire quelques semaines de traitement; — accorder la liberté du mariage à des sujets syphilitiques non guéris ; d'où ces faits si communs de femmes mariées infectées dans le mariage, de fausses couches multiples, d'enfants qui ne naissent que pour mourir ou infecter leurs nourrices, etc., etc.

« A coup sûr, et la contradiction n'est pas à craindre sur ce point, quantité de ces déplorables erreurs auraient pu être évitées par une éducation plus complète — disons mieux, moins rudimentaire, sur l'importante maladie qui comporte à la fois et tant de dangers individuels et tant de conséquences sociales.

« Aussi votre Commission a-t-elle pris à tâche de rechercher quels pourraient être les moyens capables de développer parmi les jeunes générations médicales les connaissances syphiliographiques qui sont indispensables aux praticiens, en utilisant dans ce but toutes les ressources hospitalières dont nous pouvons disposer. Et ces moyens, elle a cru les trouver dans une série de mesures, de réformes ou d'innovations que je dois maintenant vous soumettre.

« Exposons d'abord notre programme, quitte à lui donner plus tard ou dans la discussion qui peut s'ouvrir ici, les commentaires les explications qui pourraient être nécessaires. Les mesures qu'a adoptées votre Commission sont les suivantes :

« 1° Ouvrir librement tous les services de vénériens et de vénériennes (je dis tous les services, veuillez le remarquer dès à présent) à tout étudiant en médecine justifiant de seize insinscriptions.

« 2° Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa thèse, un certificat de stage de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes.

« 3° Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint Lazare ; — et de tout le personnel intégralement, c'est-à-dire les chefs de service, des élèves internes et des élèves externes (1).

« 4° Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique.

« 5° Composition des services de Saint-Lazare (ou de l'asile hospitalier qui lui sera substitué), suivant le plan des services de l'Assistance publique; — et utilisation de ces services pour le stage spécial imposé aux étudiants en médecine dans les hôpitaux spéciaux.

« 6° Les Jurys des divers concours dont il vient d'être question pourraient être composés de la manière suivante : 1° Pour la nomination des médecins en chef; — Un membre de l'Académie de médecine ; — Un représentant de l'Ecole (professeur ou agrégé); — Trois médecins des hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Lourcine, Midi, Saint-Lazare.) — 2° Pour la nomination des médecins du Dispensaire, comme pour celle des élèves, internes et externes: Quatre médecins du Dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

Ou votre commission se trompe fort, Messieurs, ou cet ensemble de mesures aurait pour résultat de créer un véritable *mouvement scientifique* autour de la syphilis, mouvement salutaire et fécond, qui aurait pour conséquence forcée de disséminer et de vulgariser l'étude de la maladie. Voyez plutôt. D'abord, le stage spécial que nous réclamons constituerait une garantie d'une certaine *éducation spéciale*. Certes on n'apprend pas la syphilis en trois mois ; mais en trois mois on peut en apprendre assez pour en connaître les grandes lignes, les symptômes majeurs, ceux qui se présentent le plus souvent en pratique, pour en connaître le traitement général, les dangers individuels ou héréditaires, les risques de contagion et dissémination, etc. Et c'est là l'essentiel en l'espèce. De sorte qu'à nos yeux — et aux vôtres, nous l'espérons du moins — ce stage spécial serait pour les élèves, pour les malades et pour tout le monde, un temps bien employé, étant donnée la fréquence avec laquelle les affections syphilitiques se présentent et s'imposent au praticien.

« Soit ! dira-t-on peut-être : rien de mieux en principe. Mais venez à la pratique. Aurez-vous les moyens d'organiser ce stage spécial? Aurez-vous des services en nombre suffisant pour que tous les étudiants — et ils sont nombreux à Paris — puissent y faire un séjour de trois mois sans encombrement et avec profit? Oui répondrons-nous, et de cela voici la preuve. Dès aujourd'hui nous

(1) Voici ce que nous écrivions en 1880: « Nous pensons qu'il serait très utile pour le bien des malades : 1° que le *service médical de la prison de la Santé et de la prison St-Lazare* fut confié à des *médecins nommés au concours* ; 2° que les femmes enceintes de St-Lazare fussent réunie dans un seul service. La Préfecture de police pourrait demander à l'*Assistance publique de se charger de ce service* (Bourneville. Rapp. sur le budget de l'Assistance publique pour 1881, 1880, p. 95.)

disposons à Paris de 12 services spéciaux, où l'on rencontre surabondamment les divers types de syphilis, à savoir : 6 à Saint-Louis. — 3 au Midi ; — 3 à Lourcine. De plus, à ces 12 services nous comptons bien en adjoindre 4 ou 5 autres que nous fournira Saint-Lazare (de ceci nous parlerons dans un instant). Total : 16 ou 17, mettons 16.

Eh bien, d'autre part, combien d'étudiants seraient-ils astreints annuellement au stage en question ? Autant, tout naturellement, qu'il y en a pour passer leur thèse, c'est-à-dire 450 en moyenne.

Or, le stage projeté n'étant que de trois mois, un simple calcul montre que (même en réduisant l'année scolaire à trois trimestres, en raison des vacances) l'inscription permanente de *neuf* étudiants dans chacun des 16 services spéciaux réalise la solution du problème. Que chacun de ces 16 services reçoive neuf étudiants par trimestre, c'est-à-dire vingt-sept ou vingt-huit annuellement, et les 450 candidats que la France élève annuellement au titre de docteur pourraient subir ledit stage. Neuf étudiants par service, Est-ce de l'encombrement ? Et quel est le service où un pareil nombre d'auditeurs accessoires ne pourrait utilement profiter des enseignements fournis par la clinique ?

En second lieu, est-ce qu'une incitation aux études de vénéréologie ne serait pas, au moins dans un certain camp de praticiens et d'élèves, la conséquence forcée des divers concours dont il vient d'être question, à savoir : Concours pour les 26 places de médecins du dispensaire de la salubrité publique ; — concours pour les 5 ou 6 places de Saint-Lazare (1) et pour une vingtaine de places d'externes au même hôpital ; — concours pour les 4 ou 5 places de chefs de service à Saint-Lazare, ce dernier, beaucoup plus élevé, beaucoup plus sérieux, et dont nous voudrions faire à peu près l'équivalent, par exemple, du concours des médecins aliénistes ? En vérité, Messieurs, je ne m'attarderai pas à discuter les avantages *scientifiques* du concours (à ne parler que de ceux-là) devant une assemblée d'hommes qui sont tous sortis du concours ; ce serait prêcher autant de convertis.

Mais ce que je dois dire, puisque le moment en est venu, c'est que les divers concours auxquels je viens de faire allusion sont impérieusement réclamés — et de vieille date déjà — par l'opinion publique. Il est même incroyable que l'illogique état de chose actuel ait pu se prolonger jusqu'à nos jours. Quoi ! des fonctions où se trouve intéressée la santé publique, telles que celles de médecins du Dispensaire de salubrité, sont distribuées par l'administration, sans que les candidats aient à faire preuve *publiquement* d'aptitudes spéciales à les remplir ! Et que si, par hasard, tel ou tel de ces élus de l'administration ne possédait pas les connaissances *spéciales* (je répète le mot à dessein) que réclament de telles attributions, le voyez-vous à l'œuvre, faisant son apprentissage aux dépens du bon public ! Quoi encore ! Nos élèves consacrent trois ou quatre années, si ce n'est plus quelquefois, d'un labeur assidu à obtenir le titre envié d'*interne*, ce premier galon des hautes carrières médicales, et le même titre est conféré sans concours, par faveur administrative ! Bien plus, et ceci est à n'y pas croire, la haute et très enviable situation de chef de service dans un grand hôpital, tel que Saint-Lazare, s'acquiert par simple investiture préfectorale, alors que nous autres, pour l'obtention d'un titre semblable dans le service de l'Assistance publique, nous consumons dix ans de notre plus belle jeunesse à ces luttes terribles qui s'appellent modestement « le concours du Bureau central », et dont les vainqueurs ne se souviennent eux-mêmes qu'avec un frémissement d'anxiété. Etranges, inexplicables et, dirai-je même, immorales anomalies, contre lesquelles protestent à la fois, le bon sens, l'équité et l'intérêt public.

Aussi votre Commission est-elle unanime à vous proposer une réforme devenue indispensable, c'est-à-dire à réclamer des pouvoirs publics la collation par voie de concours de tous les grades médicaux des services administratifs en question, et nous ne doutons pas un seul instant que l'Académie ne nous suive dans cette voie. — Inutile d'ajouter, d'ailleurs, que cette réforme n'aurait aucun effet rétroactif, et que la situation des très honorables confrères actuellement chargés desdits services resterait absolument sauvegardée.

Un autre point a vivement préoccupé votre Commission. Saint-Lazare, en raison même de sa composition, est le type par excellence d'un hôpital spécial, d'un hopital de *vénéréologie*. Tous les médecins de cet établissement reconnaissent qu'il contient en permanence et à profusion des spécimens de toutes les affections vénériennes, de la syphilis notamment, et cela dans des conditions particulières, essentiellement favorables à l'observation médicale. Les malades qui y passent forment un public connu qui, à ne parler que de la syphilis, a son dossier pathologique inscrit dans les annales (j'allais dire dans les écrous) de la maison. On sait leur passé, et on connaitra leur avenir, toutes choses, tous renseignements qui nous échappent dans nos hôpitaux. Quels documents pour une maladie de longue haleine, telle que la syphilis, dont le propre est d'échelonner ses manifestations sur une longue série d'années ! D'où il suit qu'à ce titre, comme à tant d'autres que je passe sous silence pour abréger, Saint-Lazare pourrait être, devrait être un hôpital *unique en son genre* et constituer une école, une grande école de syphilis.

Eh bien, ce qu'il pourrait être, il ne l'est pas. Il n'est même rien du tout. Scientifiquement, c'est un *tombeau*. Car ces richesses pathologiques, offertes par un public annuel de plusieurs centaines de malades, ces trésors scientifiques qu'il recèle dans ses vastes murailles, savez-vous quels en sont les témoins ? Pour chaque service, deux personnes ; deux, pas davantage ! A savoir, pour bien préciser : 1° le chef de service, celui qu'on appelle le médecin en chef, et 2° son assistant, c'est-à-dire l'interne. Or, comme il est à croire que l'éducation spéciale du médecin en chef n'est plus à faire, il résulte en dernière analyse que lesdits trésors n'ont pour seul et unique contemplateur que l'interne du service ! Ils pourraient servir à l'éducation de toute une pléiade d'externes, de stagiaires, d'assistants, voire de médecins de la ville ; pas du tout, ils ne servent qu'à un seul, et ils ne sauraient servir à d'autres, de par la volonté administrative.

« Pourquoi cela ? dira le bon sens. Pourquoi ne pas utiliser ces éléments d'instruction ? Comment ! vous vous plaigniez tout à l'heure (et vous aviez raison de vous en plaindre) que vos étudiants ne connaissaient pas assez la vérole, et voici maintenant que, disposant de plusieurs centaines de femmes syphilitiques, vous les cachez à vos élèves ! Mais montrez-leur donc ces femmes, si vous voulez les instruire de ce qu'ils ne savent pas ! »

Oui, certes, et le bon sens pourrait bien, comme d'usage, avoir raison. Mais, c'est qu'en vue de certaines considérations dont nous discuterons la valeur dans un instant, Saint-Lazare est un hôpital *fermé* et ne saurait être, croit-on, qu'un hôpital fermé. A l'instar des sanctuaires antiques, Saint-Lazare n'existerait plus du moment qu'un public profane, serait-il même composé de médecins, en franchirait le seuil. Tout serait perdu, ce serait un écroulement général, ce serait l'abomination de la désolation, le jour où la visite médicale viendrait à compter plus de deux spectateurs. Aussi personne n'entre-t-il à Saint-Lazare, si ce n'est par faveur administrative tout à fait exceptionnelle. Aussi, pour ma part, n'y ai-je pénétré qu'une seule fois, et encore parce qu'à cette époque j'avais l'honneur d'être membre d'une *feue* Commission, identique à celle dont vous écoutez actuellement le rapport (1). Du reste, soit dit incidemment, je n'éprouve qu'une amertume modérée à n'y avoir pas multiplié mes visites, car ce que j'y ai vu dans la première ne m'a pas laissé un bien vif regret de n'en pas voir davantage. Mais passons sur cette impression personnelle, et voyons quelles puissantes raisons tiennent hermétiquement closes devant le public médical les portes de Saint-Lazare. Il en est jusqu'à trois que nous allons citer.

I. « D'abord, nous dit-on, Saint-Lazare n'est pas un hôpital ; c'est un asile pénitentiaire, c'est une prison. » Mais, répondrons-nous tout aussitôt, c'est là précisément ce qu'il ne doit pas être, une prison. A quoi bon une prison pour des malades ? C'est un hôpital qu'il faut à des malades pour y guérir. Ah ! si vos filles s'étaient rendues coupables de quelque crime, de quelque infraction grave à la loi, oui, certes, vous auriez toutes raisons, pour obéir à la loi, de les envoyer en prison, et nous n'aurions rien à y voir. Mais, si elles sont purement et simplement coupables (et c'est le cas en l'espèce) d'avoir gagné une affection vénérienne, je ne vois pas et personne — sauf vous — ne voit motif à les jeter en prison. Ce qu'il leur faut, disons-le encore, puisque cela paraît si difficile à comprendre, ce qu'il leur faut, c'est un hôpital ; internez-les donc dans un hôpital, dans un hôpital comme les autres, à cette différence près qu'elles ne pourront en sortir qu'après guérison dûment constatée, tandis que les malades des hôpitaux ordinaires ont le droit d'en sortir quand bon leur plaît.

D'autre part, faut-il répéter ici — pour la dernière fois, espérons-le — ce qui déjà a été dit, redit, imprimé et réimprimé cent fois, à savoir qu'en sa qualité de *prison*, Saint-Lazare s'éloigne absolument du type de ce qu'on peut appeler un asile sanitaire, un hôpital ? Est-ce qu'il a l'esprit et les mœurs d'un hôpital ? Est-ce que son système de séquestration, ses rigueurs vexatoires, sa discipline oppressive, voire son régime alimentaire, ont quoi que ce soit de commun avec ce qui constitue, au terme strict du mot, un hopital ? Parlez-en aux filles qu'une maladie quelconque amène dans nos services et priez-les de faire la comparaison de ce qu'elles trouvent chez nous avec ce qu'elles ont trouvé à Saint-Lazare. Elles ont bien le droit, après tout, d'avoir voix au chapitre dans une appré-

(1) Cinq internes, supposons-nous, avec un *interne provisoire* chargé des suppléances.

(1) Au double point de vue scientifique et administratif, il est à regretter que les rapports de ladite Commission, élaborés par des hommes spéciaux sur des documents authentiques, n'aient pas été livrés à la publicité.

ciation de ce genre. Eh bien, toutes ont une horreur de Saint-Lazare, que paraissent légitimer leurs récits. Saint-Lazare est pour elles un épouvantail, quelque chose comme un enfer, qu'elles détestent, qu'elles exècrent, qui leur a laissé les plus odieux souvenirs. Faisons la part des exagérations, c'est justice (car jamais prisonnier n'a rendu un bien impartial témoignage à sa prison); toujours est-il qu'à coup sûr Saint-Lazare n'est pas innocent de sa générale et triste renommée.

D'ailleurs, jugeons-en par nous-mêmes. Qu'est-ce donc que ce Saint-Lazare, dont il a été tant et tant parlé, surtout dans ces ces derniers temps? C'est une vaste agglomération de vieux et tristes bâtiments, servant à la fois et de prison pour les femmes prévenues ou condamnées du département de la Seine, et d'infirmerie pour les prostituées (soumises ou insoumises), et de lieu de détention pour les filles qui ont commis quelque infraction aux règlements policiers, et même de maison de réclusion provisoire pour certains enfants.

Tout d'abord, quelle promiscuité singulière et offensante! Des voleuses et des criminelles à côté de prostituées; — des prostituées à côté de simples prévenues, dont quelques-unes pour le moins seront reconnues innocentes par les tribunaux; — puis des malades; — puis des enfants!! Le bon sens et l'équité se révoltent contre un tel amalgame. Il est bien vrai qu'ici interviennent les casuistes pour nous dire: « Oh pardon! distinguons. Saint-Lazare n'est pas une unité indivise. Il y a le Saint-Lazare prison, et puis il y a le Saint-Lazare infirmerie. A chacun ses quartiers, voyez plutôt. « Mais tout aussitôt le sentiment public proteste contre cette subtilité administrative en répondant que, s'il est deux Saint-Lazare au point de vue architectural, tous deux sont contenus dans une même enceinte et tous deux s'ouvrent par une seule porte dont l'enseigne couvre d'infamie toutes celles qui en franchissent le seuil, quelque quartier, quelque compartiment que leur assignent les répartitions administratives.

Or, si l'intérêt de la santé publique impose l'obligation de séquestrer les filles atteintes d'affections contagieuses (et nous sommes de ceux qui croient à la nécessité comme à la moralité de cette obligation, contrairement à ce qui a été dit, et dit avec tant de violence ces derniers temps), la plus simple équité ne commande-t-elle pas, d'autre part, d'atténuer cette violence, cette infraction aux principes de droit commun, par des adoucissements, des ménagements, des tempéraments? Eh bien, pas du tout. C'est l'inverse qui a lieu. Des filles qui sont atteintes d'affections contagieuses et qui ne sont coupables que de cela, c'est-à-dire des malades, au total, on les met en prison, et quelle prison! Comme si l'on avait pris à cœur de les humilier, de les exaspérer, de les avilir plus encore qu'elles ne le sont, en leur faisant franchir la même porte, en les enfermant dans la même enceinte que les voleuses et les criminelles de tout ordre.

Puis, comme tout s'enchaîne dans un système, naturellement et forcément la discipline, les mœurs, l'esprit du Saint-Lazare prison se réfléchit sur le Saint-Lazare infirmerie, qui devient ce que vous savez. Or, encore une fois, les rigueurs et les vexations d'un système pénitentiaire deviennent un contre-sens, alors qu'elles s'adressent à des malades. Nous ne voyons pas ce qu'on peut en attendre comme avantages pour le traitement de la syphilis, et nous préjugeons bien, tout au contraire, sans crainte d'être démentis par l'observation, qu'un tel système, par l'ennui, le spleen, les impatiences, les colères, les révoltes intérieures, les troubles moraux qu'il comporte, doit être singulièrement préjudiciable à la maladie. Pourrait-on mieux choisir que ledit système, si l'on voulait à dessein aggraver le pronostic et la durée de la syphilis?

Mais, en fin de compte, nous dira-t-on, que proposez-vous donc de substituer à ce système? Tout simplement l'internement dans un asile spécial, qui sera un *hôpital* comme les autres hôpitaux, à cette seule différence près que les malades n'en pourront sortir que sur un certificat médical de leur guérison; — asile qui sera exclusivement ce qu'il doit être, c'est-à dire une maison où l'on traite avec les égards dus à tout malade, quel qu'il soit et quelle que soit sa maladie; — asile d'où sera bannie toute rigueur inutile, toute mesure vexatoire qui tendrait à en modifier le caractère et à le transformer en pénitencier.

Et le type de cet hôpital, de cet *asile sanitaire spécial*, nous n'avons pas à le chercher bien loin. C'est Lourcine.

Et notre programme, le programme qu'au total vous propose votre Commission, se réduit purement et simplement à ceci: Transformer Saint-Lazare en Lourcine. Ce que nous demandons, c'est Lourcine, avec un verrou de plus à la porte, c'est-à-dire avec l'impossibilité pour les malades d'en sortir sans un certificat de guérison. Résumons-nous et disons: Séquestration et incarcération, avec les procédés, la discipline, les rigueurs d'un pénitencier, voilà l'ancien système, système qui survit encore aujourd'hui, malgré les réclamations, les impatiences, les protestations, les indignations de l'opinion publique.

Et, tout au contraire, ce que, d'accord avec le bon sens, la justice et les considérations médicales, nous avons l'honneur de vous proposer, est ceci: l'internement, puisqu'il est nécessaire à la santé publique; mais, avec l'internement, l'hospitalisation pure et simple, l'hospitalisation tolérante, éclairée, charitable, se substituant au système inutile, inique, dangereux de la prison.

Maintenant, je reviens à mon sujet, dont m'a écarté la longue, mais nécessaire digression qui précède. Vous venez, Messieurs, de voir et de juger à sa juste valeur le premier argument des partisans du Saint-Lazare cloîtré, fermant ses portes devant le public médical. Passons maintenant au second. (*A Suivre*).

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Ladicte conférance leur fut accordée pourveu qu'ils executassent le chef du Me et qu'à cette conférance M. Pidoux y seroit avec deux ou trois de Messieurs du Chapitre, sçavoir Mrs le Doyen et Penitencier et autant des sieurs Gouverneurs. Monseigneur se chargea de parler à M. Pidoux, ce qui a esté faict aujourd'huy, lequel est dans les mesmes sentimens des autres, luy parlant du procédé du bailly du Chapitre, il a dict que c'est le juge ordinaire; le dict seigneur luy a reparti que les officiers de l'Hostel Dieu ne le recongnoissent poinct pour leur juge, que les dicts gouverneurs prendront le faict et cause, intimeront ledict juge en son nom comme juge incompétent. Ledict Pidoux a dict qu'ilz en plaideroient, qu'ilz présenteront leur requeste à la Cour, que sy elle ne leur rend justice, qu'ilz iront allieurs. La Compagnie y trouvera la mesme justice, et se separèrent attendant un mot de resolution.

Monseigneur a trouvé fort bon que l'on aye chassé cet emballeur volleur de Boys et l'ordre donné pour le faict du Cuisinier, dont et de tout a uz mémoire. (Liasse 875).

Monseigneur le Premier President est remercyé de la part du Bureau de la peine qui luy a pleu prendre en l'affaire de Mr Nicolas Lesecq et est tres humblement supplyé de continuer sil luy plaist et sur les derniers pourparlers trouver bon de différer jusques a vendredy de relevée pour s entendre ledict jour au matin en Burreau ou se doibvent trouver messieurs de Bailleul, de Maisons et Sanguin ce que Monseigneur a comme resolu et donné parolle a messieurs le Doyen et Penitencyer dont monsieur Pidou attend la responce. Et cependant sy monsdit seigneur juge a propos de tirer un escript dudict sieur Doyen Pidoux et penitencyer ou deux des trois que Ledict Lesecq sortira dans les six jours proposez pendant lequel temps sa pitance luy sera baillée par les officiers dudict Hostel Dieu a lordinaire, sans aucun escript de la part du Bureau, sans que durant iceluy temps il soit propose aucune conferance ny presenté aucun autre maistre jusques a ce quilz ayent faict sortir ledict Lesecq et luy dehors, sera faict tout ce qui sera trouvé bon par mondict Seigneur le premier president et Burreau quy vous supplye de representer auxdicts sieurs du Chappitre que quand l hostel Dieu a esté six mois saus maistre, la maison na pas delaissé destre bien gouvernée.

Me N. Lesecq a este adjourné sur déffault lès officiers dudict hostel Dieu jeudy de relevée. Il a esté pris nuittamment quantité de buches et de fagot entre vendredy et samedy dernier par des religieuses, un emballeur qui a este mis dehors, par ordre du Me Lesecq et autres que nous sçavons et le tout porté en sa chambre côme il scayt tres bien et ne manque daucunes choses *estant trop assisté par lesdictes religieuses aux despends des pauvres* ce qui est insupportable par ceux qui voyent journellement taut de désordres. (*Liasse* 875).

Egalement, comme aujourd'hui, les religieuses ne cessaient de satisfaire leurs préférences pour certaines personnes, même étrangères, au détriment des autres. Qui ne sait de quelles vexations sont poursuivis par elles ceux d'entre eux qui ne donnent pas dans leurs oremus. Enfin, tout a un terme ici bas. Le sieur Lesecq, maître au spirituel de l'Hôtel-Dieu fut enfin, et comme il le méritait, chassé de l'Hôtel-Dieu. Les administrateurs d'accord, pour quelque temps, avec le chapitre, nommèrent un nouveau maître et la maison rentra dans un calme relatif, pour quelques mois seulement, car, le 27 octobre 1636, les religieuses manquent à l'Hôtel-Dieu. Les pauvres ne sont plus assistés. Les administrateurs pour parer à cet inconvénient arrêtent que non seulement on prendra n'importe qui pour porter à cent les religieuses (on voit combien les querelles précédentes avaient diminué le nombre de ces dernières), mais encore dans le cas où on ne pourrait recueillir des volontaires, les mêmes administrateurs permettent à chaque religieuse de prendre parmi les malades, hommes ou femmes, des serviteurs et des servantes pour vaquer aux soins des malades. Trop nombreuses en temps ordinaire, elles font totalement défaut et s'éclipsent dès qu'une affluence considérable

de malades envahit les salles de l'Hôtel-Dieu et surtout lorsque survient une épidémie.

Cedict jour, la Compagnie s'estant assemblée extraordinairement, sur la grande quantité de mallades qui sont audict Hostel Dieu, et qui entrent journellement en icelluy, qui est cause que les pauvres ne sont pas adsistez comme la Compagnie le désiroit pour n'y avoir assez de religieuses, la Compagnie a ordonné que s'il se présente des filles pour estre receues religieuses audict Hostel Dieu, qu'il en sera pris pour acomplir le nombre de cent, *et en cas qu'il ne s'en puisse trouver, ou que ledict nombre de cent ne suffise*, la compagnie a permis ausdites religieuses, *de se servir d'une ou deux servantes, en chacune office, qui seront tyrées desdicts mallades*, comme pareillement de garsons pour les ayder et secourir, et ce tant et sy longuement que le nombre desdictz mallades sera grand comme il est. (Délib[ns] *Reg.* 17 et Doc[s] *tome* I, p. 76.)

Le 10 décembre, c'est-à-dire deux mois après la dernière délibération, on n'a encore pu trouver dans toute la congrégation des Augustines assez de religieuses pour soigner les malades atteints de la contagion. (Recueilli et annoté par Albin Rousselet.)

Des troisièmes molaires.

Les troisièmes molaires, *vulgo Dents de sagesse*, ainsi nommées parce que leur éruption chez les races supérieures, se fait à un âge déjà avancé, et variant entre 18 et 36 ans, n'existent pas toujours au complet, dans la bouche humaine. Il n'est pas rare d'en voir seulement trois, quelquefois deux, et souvent point du tout. Qu'elles soient présentes toutes les quatre, ou partiellement, elles offrent dans leur couronne, comme dans leurs racines, des variétés de forme assez considérables. La couronne est tantôt normale, mais toujours plus petite que celle de la première molaire, avec peu d'étranglement au collet; tantôt, elle est atrophique et présente sur sa face triturante nombre de sillons et saillies, qui prédisposent rapidement ces dents à la carie. L'émail manque quelquefois par places, et la dent offre alors un aspect jaunâtre marqué de taches blanches, derniers indices de l'émail encore existant. Les racines sont souvent réunies en forme de cône et présentent deux ou plusieurs divisions, jusqu'à cinq. Nous avons vu, pour notre part, les 3 molaires inférieures à quatre racines parfaitement distinctes. Chez les inférieures ordinairement, la racine est tournée antéro-postérieurement, et recourbée presques toujours en crochet, ce qui donne dans l'opération de l'extraction, de la difficulté au chirurgien. Les racines des supérieures réunies le plus souvent en un faisceau conique, offrent cependant des retours à la normalité et présentent les trois racines parfaitement distinctes, fortes, et très divergentes. C'est un cas assez embarassant pour l'opérateur qui a à faire sortir, par une ouverture petite, une masse embrassant une grande surface. Dans les races inférieures, l'évolution de cette dent se fait beaucoup plus tôt que dans les races supérieures. Sa forme et son volume sont au moins égaux, sinon plus forts que ceux de la première molaire. Chez le singe anthropoïde, cette évolution se fait plus rapidement que chez les races inférieures. En Italie, d'après Montegazza, l'évolution de cet ostéoïde se fait actuellement plus tard qu'autrefois. Il est probable que dans un avenir plus ou moins éloigné nos descendants seront privés de cet organe, qui pour le moment n'est, à ceux qui en sont porteurs, le plus souvent qu'une source d'ennuis (1).

Dans une communication intéressante faite par MM. Galippe et Hyades à la *Société de Biologie* sur le système dentaire des Fuégiens, il y est fait mention que chez ces peuplades la dent de sagesse se manifeste vers l'âge de 12 et 13 ans. Evidemment, s'il en est ainsi, c'est un état reversif pithécoïde; puisque la troisième molaire, d'après Legros et Magitot, prend naissance sur un diverticulum du cordon épithélial qui a déjà produit la première et la seconde molaire, et, si d'après Pouchet et Chabry la même épithéliale donne à la fois naissance aux dents temporaires et aux dents permanentes, la dentition permanente doit se faire chez les Fuégiens à un age où les dents temporaires sont encore en fonctions dans la bouche des races supérieures. Néanmoins, les données de MM. Galippe et Hyades ne sont pas à l'heure actuelle assez complètes pour en tirer cette conclusion.

Quoi qu'il en soit, revenons au manuel opératoire. Avec les daviers, qui servent à la première molaire tant inférieure que supérieure, et en prenant les mêmes précautions, on peut facilement se rendre maître de ces organes. Les dents sont-elles découronnées, et l'application du davier est-elle difficile, l'opérateur est-il peu sûr de lui avec cet instrument, il faut alors avoir recours à l'élévateur. Par déplacement, la lame de l'instrument sera introduite entre la racine et l'alvéole et l'on aura rapidement fait l'extraction. Pour les molaires supérieures, il faudra se bien garder de faire basculer les racines de peur de faire éclater la tubérosité postérieure du maxillaire. Le sinus se trouverait largement ouvert alors et des complications pathologiques graves pourraient survenir.

S'agit-il d'extraire la troisième molaire inférieure avec le davier? il faut se rappeler la disposition en arrière, en forme de crochet, des racines; en effet, si la main qui tient le davier est trop basse, non seulement la dent sera mal prise, pourra se briser sous l'effort des mouvements de latéralité, mais encore, en admettant qu'elle soit mobile, elle ne pourra sortir de son alvéole. Il faut que la main soit haute très relevée le long de la face, et maintenue toujours dans cette position pour pouvoir sortir la dent, dont les racines ont la direction antéro-postérieure. L'élévateur, si l'on s'en sert pour cette opération, peut, une fois parfaitement enfoncé et la dent mobile, être transformé en levier pour achever l'extraction. Nous rappellerons comme memento, que l'élévateur, en ces circonstances, qu'il s'agisse du maxillaire supérieur ou inférieur, doit être appliqué entre la racine et le bord alvéolaire à la face antérieure.

Nous ne donnerons point ici les différentes méthodes qui peuvent être appliquées dans les cas d'éruption anormale ou d'implantation vicieuse de ces organes. Comme chaque cas a sa méthode et que chaque chirurgien doit profiter de toutes les circonstances qui lui sont le plus favorables pour parfaire cette opération variable avec l'individu, nous laissons chacun seul juge du *modus faciendi*. Guillot.

(1) Nous ne saurions trop attirer l'attention de ceux qui s'intéressent à la biologie sur de tels faits; ils sont du plus grand intérêt et peu connus d'ailleurs des médecins (Marc. B.).

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 18. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1[er] *de Doctorat*, 1[re] *Série*: MM. Gariel, Lutz, Blanchard; — 2[e] *Série*: MM. Bourgoin, Pouchet, Villejean — Examens ayant lieu à 1 heure. 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Hôtel-Dieu) 1[re] *Série*: MM. Guyon, Marchand, Reynier; — 2[e] *Série*: MM. Blum, Terrillon, Budin; (2[e] partie): MM. Fournier, Damaschino, Rendu; — (1[re] partie) (Pitié): MM. Reclus, Kirmisson, Second; — (2[e] partie): MM. Potain, Blachez, A. Robin.

Mardi 19. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1[er] *de Doctorat* MM. Lutz, Blanchard, Pouchet. — 1[re] *d'Officiat de* fin d'année: MM. Bourgoin, Guebhard, Villejean. — 6[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Hôtel Dieu): MM. Panas, Reclus, Ribemont-Dessaignes; — (2[e] partie), 1[re] *Série*: MM. G. Sée, Proust, Straus; — 2[e] *Série*: MM. Fournier, Troisier, Hallopeau. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Charité), 1[re] *Série*: MM. Duplay, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes; — 2[e] *Série*: MM. Le Fort, Tarnier, Richelot; — (2[e] partie): MM. Ball, Grancher, Quinquaud.

Mercredi 20. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1[er] *de Doctorat*: MM. Regnauld, Lutz, Guebhard, — 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Hôtel-Dieu), 1[re] *Série*: MM. Lannelongue, Rémy, Segond; — 2[e] *Série*: MM. Reclus, Marchand, Reynier; — (2[e] partie): MM. Hayem, Blachez, Landouzy.

Jeudi 21. — Examens ayant lieu à 9 heures. 5[e] *de Doctorat* (2[e] partie) (Pitié), 1[re] *Série*: MM. Jaccoud, Troisier, Hutinel; — 2[e] *Série*: MM. Grancher, Blachez, Landouzy. — Examens ayant lieu à 1 heure: MM. Laboulbène, Guebhard, Villejean.

Vendredi 22. — Examens ayant lieu à 9 heures. 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Necker): MM. Guyon, Marchand, Segond; — 1[re] *Série*: MM. Potain, Dieulafoy, Hanot; — 2[e] *Série*: MM. Peter, Ball, Joffroy. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1[er] *de Doctorat*: MM. Regnauld, Damaschino, Villejean. — 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Charité), 1[re] *Série*: MM. Pinard, Blum, Terrillon; — 2[e] *Série*: MM. Terrier, Reclus, Budin; — (2[e] partie): MM. Fournier, Blachez, Landouzy.

Samedi 23. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1[er] *de Doctorat*: MM. Laboulbène, Lutz, Villejean. — 5[e] *de Doctorat* (Hotel-Dieu), 1[re] *Série*: MM. Grancher, Troisier, Hallopeau; — 2[e] *Série*: MM. Cornil, Proust, Quinquaud; — 3[e] *Série*: MM. Peter, Ball, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 20. — M. Laumet. Eruption et suppuration. — M. Bobowiez. Hydatides du cœur. — M. Panel. D'un moyen pratique de photographier le fond de l'œil. — M. Stojenesco. Diagnostic des gommes. — M. Amiel. Rapports de la syphilis avec les fièvres éruptives. — M. Fretin. De l'intervention chirurgicale sanglante dans le traitement des luxations traumatiques irréductibles de la hanche. — *Jeudi* 21. — M. Prioleau. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique du rétrécissement généralisé des artères — M. Porto. Des luxations congénitales de la hanche envisagées plus spécialement au point de vue thérapeutique. — M. Lubet-Barbon. Paralysie du larynx. — M. Soudee. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire rhumatismale. — M. Le Gall Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique graisseuse. — M. Drouet. Analgésie chloroformique. — M. Duriez. Etude sur le tétanos utérin. — *Samedi* 23. — M. Durey-Comte.

Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. — M. Coutances. Contribution à l'étude de la conjonctivite diphthéritique.

FORMULES

I. Vomitif pour les enfants difficiles. (Dr H. Huchard.)

Poudre d'ipéca.	0 gr. 30 à 1 gramme.
Sirop de violettes.	30 grammes
Looch blanc du Codex.	120 grammes.

II. Séborrée sèche du cuir chevelu. (Dr Vidal.)

Soufre précipité	15 grammes.
Huile de ricin	50 —
Beurre de cacao	12 —
Baume du Pérou.	2 —

Mêlez exactement et le soufre et l'huile de ricin, incorporez à une douce chaleur le beurre de cacao et ajoutez le baume du Pérou ; onctions sur le cuir chevelu matin et soir. (*Nouveaux remèdes.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 3 juillet 1887 au samedi 9 juillet 1887, les naissances ont été au nombre de 1131, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 414 ; illégitimes, 177. Total, 591. — *Sexe féminin* : légitimes, 389 ; illégitimes, 151. Total, 540.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 3 juillet 1887 au samedi 9 juillet 1887, les décès ont été au nombre de 924, savoir : 500 hommes et 424 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 11. T. 21. — Variole : M. 2, F. 5, T. 7. — Rougeole : M. 15, F. 14. T. 29. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 2, F. 0. T. 2. — Diphthérie, Croup : M. 18, F. 11, T. 29. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 109, F. 70. T. 179. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 10. T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4. T. 4. — Tumeurs malignes : M. 8, F. 29. T. 37. — Méningite simple : M. 22, F. 13. T. 35. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 24. T. 49. — Paralysie : M. 7, F. 1. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5. T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 24. T. 46. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 9. T. 20. — Bronchite chronique : M. 13, F. 9. T. 22. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 6. T. 18. — Pneumonie M. 15, F. 8. T. 23. — Gastro-entérite, biberon : M. 26, F. 24. T. 50. — Gastro-entérite, sein : M. 15, F. 15. T. 30. — Autres gastro-entérite : M. 3, F. 5. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales ; M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 4, F. 8, T. 12. — Sénilité : M. 10, F. 20. T. 30. — Suicide : M. 16, F. 4. T. 20. — Autres morts violentes ; M. 7, F. 6. T. 13. — Autres causes de mort : M. 101. F. 82. T. 183. — Causes restées inconnues : M. 2. F. 2. T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 7. Total : 37. — *Sexe féminin :* légitimes, 24 ; illégitimes, 9. Total : 33.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de clinicat* : MM. Durand-Fardel et Martinet ont été nommés chefs de clinique médicale. — M. Gilles de la Tourette a été nommé chef de clinique des maladies du système nerveux Nous adressons toutes nos félicitations à notre collaborateur et ami. — *Concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques* : La question écrite, qui a eu lieu le 11 juillet, a eu pour titre : *veines et sinus veineux encéphaliques.* — Le mercredi 13 a eu lieu la lecture de la composition écrite. Le candidat a été mis sous clef à 7 heures du matin pour faire l'épreuve de 3 4 d'heure sur les *muscles peauciens de la face* après 3 heures de préparation. — Le mercredi 20, à 9 heures, aura lieu l'épreuve d'histologie et de dissection. Le jury se réunira à 3 heures pour ces deux épreuves. — La remise des pièces sèches dont le sujet a été remis ce matin aura lieu le lundi 10 octobre à 3 heures (*Lymphatiques intrapelviens des organes génitaux de la femme*). — Le Jury se réunira le mercredi 12 octobre pour l'épreuve des pièces sèches (à 3 h.) et pour la nomination. — *Ecole pratique* : Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre 1887. Les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire avant les vacances de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole de médecine ; à cet effet les bureaux du chef du matériel seront ouverts tous les jours de midi à quatre heures du soir, pendant la période des examens.

Faculté des sciences de Paris. — M. Belzung a soutenu devant la Faculté des sciences de Paris, le 9 juillet, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour objet : « *Recherches morphologiques et physiologiques sur l'amidon et les grains de chlorophylle.* » — M. Garnault a soutenu, mardi dernier, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de mathématiques de la Sorbonne, pour le doctorat ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « *Recherches anatomiques et histologiques sur le* Cyclostoma elegans. »

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. J. Arnaud, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à ladite Ecole.

Ecole de médecine de Nantes. *Concours pour le clinicat ophthalmologique.* — A la suite d'un concours terminé le 2 juillet dernier, M. Sourdille a été nommé aide de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Touchaleaume, démissionnaire.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Cracovie.* M. le Dr Rydygier est nommé professeur de chirurgie.

Choléra en Italie. — Le choléra sévit à Catane et en Sardaigne. A Catane, d'après le *Standard*, on compte actuellement 200 cas dont 40 décès ; les soldats de la garnison seraient les plus atteints.

Hôpitaux de Paris. *Concours du Bureau central (Chirurgie).* — La composition écrite (première épreuve) du concours de chirurgie des hôpitaux civils de Paris, a eu lieu lundi. La question donnée a été : « *Le creux poplité ; tuberculose articulaire.* »

Académie des sciences. — Ont été nommés au scrutin membres de la commission chargée de dresser la liste des candidats à la place du secrétaire perpétuel, laissée vacante par la mort de M. Vulpian, MM. Chevreul, Daubrée, Duchartre, Péligot, de Quatrefages et Marey.

Congrès de Washinghton. — M. le professeur Paris, de Naples, a été élu vice-président de la Section d'hygiène du Congrès international de Wasinghton. — M. le professeur Bossi, de Rome, a été désigné comme vice-président de la section d'otologie. — M. le professeur Semmola a été désigné comme vice-président de la section de clinique médicale. Le célèbre professeur de l'Université de Naples fera une communication relative à la bactériologie ; c'est lui qui a été officiellement désigné par le Ministre de l'Instruction publique pour représenter l'Italie à ce Congrès.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le lundi 25 juillet 1887. La durée de cette session sera de cinq jours.

Institut national des Sourds-Muets. — Le Ministre vient de créer, à l'Institution nationale des Sourds-Muets de Paris, une *Clinique laryngologique.* Cette clinique, qui recevra des malades à partir du 1er octobre prochain, sera dirigée par M. le Dr Ruault, médecin-adjoint de l'Institution, qui a été chargé de ce service par arrêté ministériel en date du 10 juin dernier.

Nouveaux journaux. — On nous prie d'annoncer la création d'un nouveau journal, la *Revue des sciences hypnotiques.* La *Revue des sciences hypnotiques* paraîtra tous les mois, par fascicules de 40 pages de texte grand in-8°, à partir du mois de juillet 1887. Elle formera chaque année un beau volume d'environ 500 pages.

Service de santé militaire. — Ont été nommés et promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : Au grade de médecin-major de 2e classe, M. de Valicourt. Au grade de médecin aide-major de 1re classe, M. Conçaix. Au grade de médecin aide-major de 2e classe. MM. Neveu, Landry, Menard, Fremond, Lachaud, Florand.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Joubert (L.-A.), décédé à Seyne. — M. le Dr Kempen, médecin de 1re classe aux carabiniers belges. — M. le Dr Fauvel, de Pavilly, Seine-Inférieure).

Chronique des hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies mentales :* M. Charpentier, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. Bourneville, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 30. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 23 JUILLET 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE NERVEUSE

Tabes précoce et hérédité nerveuse ;

Par le Dr **Paul BERBEZ**, ancien interne des hôpitaux.

M. le professeur Charcot enseigne, dans ses leçons publiques et dans ses entretiens journaliers, que l'étiologie du tabes est avant tout une question d'hérédité. Cette opinion est partagée par le plus grand nombre des médecins; chacun a apporté à l'envi sa statistique, et la thèse d'agrégation de M. Déjerine a pour ainsi dire consacré officiellement la manière de voir de notre maître. Si on a beaucoup recherché la fréquence des antécédents héréditaires on s'est peu préoccupé, par contre, de ce que nous appellerions volontiers l'*intensité* de l'hérédité nerveuse : — Quelles sont, parmi les maladies des ascendants, celles qui influent le plus sur la production du tabes? Les maladies des *ascendants directs* (père et mère) ont-elles plus d'importance au point de vue de la précocité de l'apparition du mal et au point de vue de la multiplicité des symptômes, que les maladies des ascendants collatéraux ou éloignés?

C'est pour répondre à ces deux dernières questions que nous publions ce travail bien court, il est vrai, mais qui résume, sous forme de statistique, l'observation clinique d'un grand nombre de malades. En effet, pendant notre internat aux Incurables d'Ivry, aux Incurables de Laënnec et à la Salpêtrière, nous avons pu recueillir 150 observations de tabétiques. ce sont ces 150 observations qui vont fournir les éléments de notre article.

Tout d'abord nous avons cherché les antécédents nerveux de nos malades. Un grand nombre d'entre eux n'a pu nous donner de renseignements. Mais 61 sur 150 nous ont révélé une hérédité nerveuse bien établie. Parmi les maladies des ascendants nous avons trouvé :

L'aliénation mentale	15 fois.
L'ataxie locomotrice	8 —
La paralysie générale.	7 —
L'épilepsie	4 —
L'hystérie.	6 —
L'alcoolisme avec accidents nerveux .	7 —
La maladie de Parkinson	2 —
Total.	47 fois.

Les 12 autres malades étaient atteints de nervosisme plus ou moins vague (neurasthénie, originalité, idées bizarres).

Les maladies que nous venons de citer existaient chez les ascendants directs ou éloignés. Sur 61 héréditaires nous avons trouvé 36 fois l'hérédité nerveuse chez les ascendants directs: le père ou la mère, quelquefois chez les deux.

M. Charcot a l'habitude de nous dire : « la précocité d'apparition du tabes est en raison directe de l'hérédité du sujet. » Nous avons donc consulté nos observations et nous avons pu nous convaincre de ce fait : Tous les tabétiques jeunes, c'est-à-dire ceux chez lesquels la maladie débute avant 30 ans ou à 30 ans, sont les plus mal partagés héréditairement ; c'est chez eux que fleurit l'hérédité directe : un ataxique naît d'un ataxique, ou, ce qui revient à peu près au même, d'un paralytique général. Ce n'est plus chez les ascendants plus ou moins éloignés, mais chez les ascendants directs que l'on trouve la tare originelle cause de tout le mal.

Dans notre historique personnelle nous avons vu :

3 fois	la maladie	débuter	après 60 ans.
8 fois	—		entre 50 et 60.
54 fois	—		— 40 et 50.
42 fois	—		— 30 et 40.
28 fois	—		— 20 et 30.
5 fois	—		— 16 et 20.

Quatre fois il nous a été impossible de savoir exactement à quel âge la maladie avait commencé.

Nous ajouterons encore deux remarques à celles qui précèdent, aussi brièvement formulées, du reste, que les précédentes :

De même que la précocité d'apparition de la maladie l'intensité du tabes et la multiplicité des symptômes sont en raison directe de l'hérédité. En effet, si on veut bien jeter un coup d'œil sur les résumés d'observations qui suivent, on verra que, sauf un petit nombre de symptômes, nos tabétiques jeunes ont présenté tous les signes de la série tabétique. L'obs. I que nous publions *in extenso* est un exemple typique du genre.

Enfin nous devons terminer en disant que l'ataxie à laquelle nous aimerions à voir donner le nom d'*ataxie précoce*, par opposition à l'ataxie des adultes ou tabes ordinaire, ne diffère de ce dernier que par l'âge des sujets et souvent par l'intensité partant la gravité du mal. L'ataxie précoce n'a aucun rapport, malgré sa nature éminemment héréditaire, avec l'ataxie héréditaire de Friedreich.

Dans une de ses leçons de l'année 1887, M. Charcot a fait ressortir les différences si accusées qui existent entre ces deux affections (1).

OBSERVATION I. — M. D..., 31 ans. (Date du début, 25 ans). Tabes chez un héréditaire (fils d'un tabétique paralytique général. — Réunion de tous les symptômes tabétiques. — *Antécédents héréditaires.* — PÈRE mort à 59 ans *ataxique et paralytique général*, a eu des douleurs fulgurantes et a perdu la raison, après une série d'attaques apoplectiformes. MÈRE a toujours eu une excellente santé, elle a aujourd'hui 67 ans et se porte très bien. *Grands parents* inconnus. *Une sœur* se porte bien, quoiqu'un peu bizarre; elle a perdu 7 enfants en bas âge. — *Antécédents personnels.* — Le malade n'a jamais eu d'affection grave dans son enfance; il a toujours eu une intelligence très active, a fait des études brillantes en mathématiques et a suivi pendant plusieurs années les cours de l'Ecole des beaux-arts dans la section d'architecture. A 19 ans, il quitte l'Ecole et aborde la carrière théâtrale, sous les auspices de son père, directeur des théâtres royaux d'un pays voisin du nôtre. A partir de cette époque, le malade se livre à tous les excès possibles : excès de travail, de fatigue physique, excès sexuels. Il dirige un théâtre et joue les jeunes premiers dramatiques. A la suite de ces excès, maux d'estomac répétés, gastralgie. Il va consulter M. Siredey, qui lui conseille des douches. La dyspepsie dure quelques mois et finit par céder à l'eau de Vichy et à un repos relatif du viscère. De 1879 à 1881, notre malade court l'Amérique et l'Europe, impressario, acteur, chanteur, etc. Il reprend sa vie habituelle, en accompagnant une actrice célèbre dans sa tournée d'Amérique, gagne beaucoup d'argent, se marie et perd toute sa fortune en peu de temps. Très affecté

(1) Voir *Progrès médical*, numéros 23 et 24, mai 1887.

par ce contre-temps, il est pris de vertiges; il lui semble que la terre fuit sous ses pas. La veille du départ pour Paris, il est pris, à New-York, d'une *paralysie complète du moteur oculaire commun du côté gauche.* Cette paralysie s'est produite tout d'un coup, sans douleurs préliminaires, sans sensation particulière. M. Dewecker, consulté à Paris après MM. Fano et Galezowski, porte le diagnostic d'ataxie locomotrice et met des pointes de feu sur la colonne vertébrale. Il fait, de plus, des injections de strychnine à la tempe. Au bout de 3 mois, il n'y a plus qu'un peu de strabisme, partant un peu de diplopie. Se croyant guéri, le malade retourne à New-York, où il dirige un grand théâtre. Il va consulter M. Knapp, qui lui dit qu'il a une maladie de la moelle. Sur la scène, en faisant répéter, il est frappé d'apoplexie et reste trois quarts d'heure sans connaissance. Revenu à lui, il n'est pas paralysé, mais il est faible et comme courbaturé de tout le corps. M. Knapp examine de nouveau le système nerveux et reconnaît le signe d'Argyl Robertson. Il constate en même temps l'existence du signe de Romberg, un peu d'incoordination avec tremblement et conseille le nitrate d'argent. Pressé par ses affaires, le malade ne s'arrête pas et continue à remplir ses multiples fonctions jusqu'en juin 1882. En revenant en France, de nouveau *diplopie et strabisme.* Le médecin du bord applique des vésicatoires derrière les oreilles. De retour à Paris, M. Dewecker envoie le malade à M. Charcot, qui confirme le diagnostic de tabes et qui ordonne de la liqueur de Fowler, du seigle ergoté fraîchement broyé et des pointes de feu sur la colonne vertébrale. Au bout de 6 mois de ce traitement, D... retourne en Amérique à peu près guéri. Il croit que les pointes de feu surexcitent les fonctions génitales. Il peut avoir cinq ou six rapports dans une nuit et recommencer les jours suivants. Cet état de mieux relatif a duré jusqu'en août 1886. Dans l'intervalle de 1882 à 1886, il lui était né deux enfants qui vivent aujourd'hui, s'élèvent bien et que je peux suivre facilement. En août 1886 donc, consécutivement, à une blennorrhagie, le malade éprouve, en urinant, des *douleurs* qu'il compare à la sensation que lui aurait causée une tringle de fer rouge brusquement glissée dans le canal de l'urèthre, bientôt *incoordination des mains* avec sensation subjective de gants ou d'enflure des doigts. En août encore *difficulté pour écrire.* Le malade lâche la plume, qu'il sent à peine dans ses mains engourdies. Il prend des douches et la force semble revenir dans les mains. Le mieux se maintient 15 jours. A la fin d'août, il part de nouveau pour l'Amérique. Dépérissement rapide. A Philadelphie, électrisation sans résultat. Sensation de vide dans la tête. Perte de la jambe droite. Consulte Weir Mitchell, qui lui dit : « It is nothing lo do fov it. » Mills....et Breeckmann, qui conseille le chlorure de sodium!! et une sudation abondante. Sensation de disparition intermittente des genoux. Venu à Paris en septembre 1886, M. D... vient nous consulter et nous le trouvons dans l'état suivant : *Examen extérieur.* Calvitie des arthritiques. Les deux paupières tombent un peu; la gauche est presque toujours fermée volontairement pour éviter la diplopie. Pour marcher, le malade renverse sa tête en arrière et regarde en avant, les paupières cachant à moitié les globes oculaires. Absence des réflexes rotuliens. Incoordination des membres supérieurs et inférieurs. Signe de Romberg. Impossibilité de marcher sans voir clair. Mouvements *de luxe* dans les préhensions. Tendance de la main à tourner en pronation à chaque instant. Force dynamométrique à peu près normale. Grande résistance aux mouvements provoqués. Par moment, dans la rue, défaillance subite des jambes, qui plient tout d'un coup. La force, d'une façon générale, est plus grande le matin, après la douche qu'avant elle. Par moment aussi, l'asthénie est plus grande. La *sensibilité* est atteinte au même degré que la motilité. Douleurs fulgurantes *dans les membres inférieurs, dans les membres supérieurs* et autour de la ceinture. Pseudo-névralgies faciales. Névralgie *sous-occipitale.* Sensation de tapis sous les pieds. Sensation subjectives de pierres, d'œufs, roulant sous le pied. Sensation d'absence de la jambe droite et du pied droit. Anesthésie plantaire, anesthésie presque absolue à tous les modes de la sensibilité dans les membres inférieurs. *Anesthésie douloureuse* dans le territoire du cubital des deux côtés. Anesthésie des mains, qui ne sentent pas qu'on les serre ni qu'on y place un objet. Ses mains lâchent le crayon, la plume ou la fourchette. En buvant, le malade doit avoir les yeux fixés sur sa cuiller ou sur son verre, sans quoi il renverse le tout sur lui. Plaques d'anesthésie sur la poitrine et le long du dos. Sensations vertigineuses à chaque instant. Souvent bourdonnements d'oreilles, sifflement de machines à vapeur éclatant tout d'un coup et tendance à tomber en avant. Mydriase. Signe d'Argyl Robertson. Diplopie. Affaiblissement de la vue. Quelquefois polyopie. *Crises laryngées.* Le malade, à la moindre émotion, est pris d'un spasme respiratoire qui dure 10 minutes ou un quart d'heure. C'est là le degré faible, l'inspiration seule est gênée, l'expiration est libre. A un degré plus avancé, la crise dure plus longtemps; quelquefois 5 ou 6 jours, avec un peu de répit la nuit. *Palpitations douloureuses.* Douleur précordiale avec irradiation dans l'épaule. Fausse angine de poitrine. Rien à l'auscultation du cœur. *Crises uréthrales et vésicales* allant avec une tendance intermittente à un priapisme exagéré. Après le coït, le malade est pris de douleurs lancinantes dans le canal de l'urèthre et profondément dans la vessie. Ténesme et miction sanglante. Dépression énorme des forces après les rapports sexuels. *Crises rectales.* Sensation de dilatation énorme. de l'orifice anal. Brûlures. Déchirement Epreintes douloureuses. Le 23 *décembre*, raideurs douloureuses, sortes de crampes dans la nuque. Sensation de pression aux tempes. Spasme de la glotte. Tendance au sommeil. Impossibilité presque absolue de garder les yeux ouverts. Le malade s'est pesé aujourd'hui. Depuis [illegible] mois, son poids est tombé de 135 livres à 123. 8 *janvier.* Dyspnée seule sans sifflement laryngien. Paralysie des extenseurs des mains. Aspect d'un avant-bras de Saturnin. Les fléchisseurs gardent leur action; les extenseurs sont absolument paralysés. Après 50 minutes de massage méthodique, la force revient, l'incoordination elle-même est moins accusée; la sensibilité semble revenir dans les parties jusque-là frappées d'anesthésie. 12 *février.* Sensation subjective de tumeur dans la langue. 1er *mars.* Massage et redressement des mains. Très affecté de son état, le malade devient neurasthénique. Sensation de poids sur le dos et sur la nuque, presque constante. Aucun rapport avec les digestions. Toujours quelques douleurs dans la région du cœur. Le 7 *mars*, le poids, qui semble peser sur la tête, s'est accompagné, depuis peu de temps, d'une sensation de froid au sommet de la tête. Sensation fixe entre les deux yeux de pointe enfoncée dans la tête. Sensation d'éclatement des oreilles.

Obs. II. — Début du tabes à 16 ans. Hérédité nerveuse, directe (mère épileptique). Début de la maladie à 16 ans. Le nommé Ch...., âgé de 33 ans, lithographe, entré le 20 février 1884. Salle Cruvelhier, n° 30, service de M. Ferrand (Hôpital Laënnec). *Hérédité. Père* épuisé, sexagénaire, vieux soldat du premier empire. *Mère* morte à 70 ans, était sujette depuis l'âge de 20 ans à des crises d'épilepsie qui revenaient presque tous les jours. *Un frère* aujourd'hui bien portant quoique très nerveux a eu pendant fort longtemps une très mauvaise santé. Symptômes constatés chez le malade (1884). — *Sympt. spéciaux.* A) *S. sensitifs. Douleurs fulgurantes* (*voir* symptôme en date), dans les membres inférieurs, la ceinture, les membres supérieurs (sphère du nerf cubital). Le testicule et le cordon. — *Anesthésie douloureuse* dans les régions correspondant aux douleurs fulgurantes. — *Perte de la notion de position des membres et signe de Romberg. Ataxie* des membres supérieurs et des membres inférieurs, difficulté de la marche dans l'état ordinaire, marche impossible les yeux fermés. *Absence des réflexes* plantaires et rotuliens. *Asthénie musculaire*: beaucoup plus accusée à gauche. *Sympt. bulbaires* : A) *sensitifs.* Anesthésie en plaques sur le visage autour des yeux, de la bouche, sensation de brûlure, de picotement dans la face. Affaiblissement de la vue. Affaiblissement de l'ouïe avec surdité passagère, bourdonnements d'oreille. sifflements en jet de vapeur sans vertige de Ménière. B) *Moteurs.* Myosis, pupilles ponctiformes, signe d'Argyl Robertson. Diplopie intermittente. — *Symptômes vésicaux. Parésie vésicale* (Jusqu'à 4 ans, ce malade a uriné au lit. Incontinence d'urine, miction par regorgement. *Crises de douleurs uréthro-ilio-scrotales* (épanchement de liquide dans la tunique vaginale). Priapisme. Exaltation douloureuse des appétits sexuels. Spermatorrhée. — *Crises laryngées. Troubles*

trophiques. Mal perforant à l'âge de 16 ans, dès le début de la maladie.

Obs. III. — M. H..., employé au chemin de fer d'Orléans, 41 ans. Père ataxique. Début de la maladie à 28 ans. *Hérédité. Père ataxique* est mort jeune après avoir eu des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, de l'incoordination, un blépharoptosis, etc... *Mère rhumatisante* (Plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu). *Tante maternelle* morte jeune, avait depuis quelques années un tremblement continuel des mains. *Antécédents* personnels, à 25 ans, chancre induré. syphilis légère. *Aujourd'hui* (1887). Symptômes constatés. *Symptômes spéciaux* A) *sensitifs. Douleurs fulgurantes* dans les 4 membres et dans la face. Autour de la ceinture *Hypéresthésie des membres inférieurs* (Le frottement du pantalon est difficilement supporté. *Perte des membres inférieurs* (notion de position). *Signe de Romberg.* B) *Sympt. moteurs. Abolition des réflexes* rotulien. *Incoordination,* motrice dans les membres supérieurs et les membres inférieurs. — *Sympt. bulbocéphaliques Sympt. sensitifs : Douleurs fulgurantes dans la face, hyperesthésie en plaques.* Anesthésie des gencives et des dents. Hyperesthésie du cuir chevelu. *Affaiblissement de la vue.* Bourdonnements d'oreilles sans vertige de Ménière. *Sympt. moteurs.* Myosis. Blepharoptosis double il y a 3 ans. Diplopie habituelle, strabisme. — *Sympt. viscéraux. Vessie. Incontinence d'urine.* Miction par regorgement. Douleurs dans le canal de l'urèthre en urinant. *Crises de pseudo-coliques néphrétiques. Frigidité sexuelle* après excitation. *Crises laryngées.* — *Troubles trophiques.* Chute des dents et des ongles. Etat neurasthénique. Céphalée spéciale.

Obs. IV. — F..., 32 ans, garçon de recettes. Salle Prus : Service du professeur Charcot. Début à 27 ans. Hérédité directe. *Hérédité. Père* syphilitique et alcoolique, original, violent et emporté, mort à 45 ans d'une attaque d'apoplexie. *Tante paternelle aliénée. Antécédents.* Syphilis à 20 ans. Céphalée spécifique au bout de 5 ans. Excès sexuels. Début de la maladie *à 28 ans. Sympt. spinaux* : A). *Sensitifs. Douleurs fulgurantes* dans les membres inférieurs seulement. Douleurs térébrantes aux chevilles. *Plaques d'hypéresthésie* à la face interne des cuisses. *Anesthésie plantaire. Corset d'hypéresthésie.* Signe de Romberg. B). *Sympt. sensitifs : Sympt. céphalo-bulbaires.* Difficulté de la *marche.* Ataxie des membres inférieurs A). *Sensitifs. Anesthésie de la face.* Sensation subjective de masque collé sur le visage. *Quelques bourdonnements d'oreilles.* B). *Moteurs.* Myosis. Signe d'Argyl Robertson. Diplopie. *Sympt. viscéraux. Sympt. vésicaux. Incontinence et rétention* d'urine. Hypéresthésie vésicale. Affaiblissement sexuel. Douleurs lancinantes pendant l'éjaculation. Crises anales. Crises gastriques. Dilatation énorme de l'estomac. Dyspepsie habituelle. Chute des ongles des pieds.

Obs. V. — M. X..., employé de commerce à Lille, 37 ans. (Salpêtrière, *juin* 1886). Début de la maladie à 27 *ans.* M. X.., employé de commerce à Lille, 37 ans. Venu à la consultation externe de la Salpêtrière en juin 1882. Père très nerveux, original, emporté. Grand père paternel mort jeune d'une attaque d'apoplexie. Mère émotive, impressionnable, pleurait et riait facilement. n'a cependant jamais eu de véritables attaques de nerfs. Le malade lui-même n'a jamais eu la syphilis. Il n'est ni rhumatisant ni alcoolique. Il avait toujours joui d'une excellente santé, quand, à l'âge de 27 ans, il a été pris de douleurs très vives dans la sphère du trijumeau gauche. Ces douleurs venaient sans raison apparente aussi bien la nuit que le jour, se produisaient sous forme d'élancements très pénibles, comparés par le malade à des secousses électriques. Dans les intervalles des douleurs, la sensibilité était absolument normale. Ces pseudo-névralgies durèrent environ 3 ans ; elles furent quelquefois assez vives pour rendre le séjour au lit nécessaire. A peine avaient-elles disparu qu'il survint des douleurs fulgurantes dans les muscles des mollets. La peau des jambes était au moment des douleurs tellement sensible que le frottement du pantalon était très péniblement supporté. Troubles de la miction il y a 2 ou 3 ans. Rétention et incontinence d'urine par regorgement. Il y a un an environ il a remarqué un affaissement sexuel énorme : dans l'espace de deux mois il a perdu tout désir et toute érection. Aujourd'hui notre malade est un tabétique avéré, car il a : Sans trouble bien appréciable de la coordination. Des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, de l'anesthésie plantaire, avec absence du réflexe plantaire, de l'analgésie en plaques aux membres inférieurs. Le malade a des sensations subjectives sous les pieds, il croit marcher sur des cailloux qui roulent *sous les pieds*, sur des œufs, sur des pointes. La plupart du temps il lui semble avoir sous les pieds de grosses semelles de feutre ou de caoutchouc. Pas de réflexes rotuliens. Pas de signe de Romberg. Rien aux yeux. Douleurs vives et engourdissements dans les deux derniers doigts de la main gauche.

Obs. VI. — V..., *compositeur typographe.* Hérédité. (Mère choréique). Début à 27 ans. M. V..., âgé de 31 ans, compositeur typographe (un peu entaché de saturnisme), est venu à la consultation externe de la Salpêtrière, le 23 septembre 1882. *Antécédents.* Mère jeune, a eu la danse de Saint-Guy pendant deux ans, elle a eu des crises dans lesquelles elle perdait connaissance, se mordait la langue et se débattait à peine. Sœur nerveuse, originale, fantasque, n'a cependant jamais eu d'attaques régulières. Une autre sœur est morte avec des convulsions. *Antécédents personnels.* Grandes migraines jusqu'à 13 ans. Tous les quinze jours la maladie se jugeait toujours par des vomissements abondants Blennorrhagie en 1870. Chancres mous avec bubons suppurés (laissant des traces). Végétations à répétition. A 2 ans de là, chancre induré, plaques muqueuses, psoriasis spécifique. A 27 ans, sensation de raideurs dans les membres inférieurs en marchant. Pendant une minute ou deux, la jambe restait raide pendant qu'elle était traversée par des élancements douloureux comparés par le malade à des coups de canif. Pendant l'hiver si rigoureux de 1879, douleurs plus vives que d'ordinaire dans les cuisses et dans les aines. Il y a quinze mois, en 1881, le malade a eu un instant le pied paralysé, un moment il lui a semblé marcher sur ses orteils recourbés ; dans l'obscurité, la marche était presque impossible. Anesthésie plantaire, puis douleurs en ceinture. Ensuite les symptômes se sont ajoutés les uns aux autres : Incontinence d'urine, des fèces, rachialgie lancinante. Paraplégie presque complète. Engourdissement cubital des deux côtés. Incoordination motrice aux membres supérieurs et aux membres inférieurs Perte du toucher. Diplopie passagère. Aujourd'hui, tous ces symptômes existent et nous trouvons de plus une chute des pieds plus accusée à gauche. Une demi-flexion des jambes, surtout de la jambe gauche, plus faible et plus incoordonnée que la droite. Portant aux membres inférieurs des traces de coups que la malade s'est donné sans s'en apercevoir. Engourdissement cubital des deux côtés. Sensations subjectives de bottines trop étroites et de pantalon trop étroit. Affaiblissement sexuel considérable. Cessation brusque de l'érection. Pas de réflexes rotuliens.

Obs. VII. — Rauffm..., suisse, venu à la consultation externe en 1882, à la Salpêtrière. Début à 23 ans. *Antécédents héréditaires* Père mort paralysé. Oncle paternel aliéné. Un cousin-germain simple d'esprit, goîtreux Mère tuberculeuse. Une sœur fantasque, originale. *Antécédents personnels.* Presque nuls pendant l'enfance et l'adolescence. Au moment où les troupes françaises se réfugient en Suisse, il se prodigue beaucoup et est très impressionné par le triste spectacle de nos soldats décimés par le froid et la faim. Début de la maladie aussitôt après la guerre ; peu de temps après l'apparition d'un chancre, suivi à peu de distance par des plaques muqueuses. A 23 ans, douleurs fulgurantes dans les jambes et pseudo-névralgies faciales. De son tabes le malade a gardé une amaurose complète, absolue, qui est *survenue en peu de semaines.* Une incontinence d'urine. Des douleurs fulgurantes et un très léger degré d'affaiblissement sexuel.

Obs. VIII. — Marie B..., hérédité : mère vraisemblablement ataxique (Début à 23 ans). Marie B.., 47 ans, petite salle Rayer, n° [illegible] Antécédents héréditaires : Père mort tuberculeux. Mère morte dans la convalescence d'un érysipèle de la face. Elle avait les *jambes* [illegible] et qui étaient le siège de *douleurs* analogues à celles que ressent aujourd'hui la malade elle-même, 3 ou 4 ans avant sa mort, la mère avait des absences.

4 frères morts phtisiques. Antécédents personnels. Rougeole à 10 ans, fièvre typhoïde à 18 ans, douleurs névralgiques dans les yeux et derrière les oreilles. *Psoriasis* à 11 ans. Pas de syphilis ; à 23 ans, *douleurs fulgurantes* dans les 4 membres et la face, précédées de l'*engourdissement cubital* du côté droit, à 25 ans, *gêne de la miction* et de la *défécation*. *Paraplégie brusque*, qui dura quelques mois. Retour relatif des mouvements, mais avec incoordination motrice. Une saison à Baden, la malade en revient avec *un torticolis* si accentué, qu'il était impossible, paraît-il de glisser une pièce de monnaie entre le menton et l'épaule droite Amélioration jusqu'à 28 ans, à cette époque deuxième paraplégie. En 1877, à 42 ans, incoordination et anesthésie dans les membres supérieurs, phénomènes plus marqués à droite. Aujourd'hui, douleurs fulgurantes dans les 4 membres, élancements douloureux dans la face. *Anesthésie cubitale* des 2 côtés, après les crises violentes, la peau de cette région anesthésique devient douloureuse au simple frôlement. Anesthésie sur la face externe des membres inférieurs. Réflexes rotuliens abolis. Troubles auriculaires. Depuis six ans déjà bourdonnements dans l'oreille droite, depuis 2 ans seulement, les 2 oreilles sont prises, bruits auriculaires comparés par la malade à des noyaux qu'on écraserait, ou bien à des ongles qu'on ferait grincer l'un contre l'autre. Puis brusquement, bruit d'un sifflet de locomotive ; le lit semble s'enfoncer, sensation de projection dans un trou, soit en avant, soit à droite. Hallucination de la vue ; voit des animaux sur son lit. Ces accès de vertige, survenant la nuit comme le jour, parfois à 3 ou 4 reprises en 24 heures ont beaucoup diminué à la suite de l'administration de sulfate de quinine.

Obs. IX. — Auj..., 42 ans. Début à 30 ans. Auj..., père arthritique. Une grand'tante sourde et muette. Une sœur sourde et muette. Une autre sœur idiote. Mère arthritique. Un frère a des migraines. Antécédents personnels. Urticaire. Eczéma. Pas de syphilis. A 30 ans, sorte d'engouement suivi pendant quelques minutes d'inspirations sifflantes, quand le malade buvait, particulièrement de l'alcool. Une émotion produisait parfois le même bruit guttural. Depuis l'âge de 32 ans, affaissement sexuel; depuis l'âge de 37 ans, spermatorrhée. A 40 ans, diminution de la vue. A 41 ans, perte de l'œil droit, cécité absolue. Signes actuels. Amaurose progressive. Parésie vésicale. Douleurs névralgiques sus et sous-orbitaires. Abolition des réflexes rotuliens. Pas de crises viscérales. Aucune incoordination motrice. Pas de signe de Romberg.

Obs. X. — Madame Baz..., passage Moncey. Consultation de 1882. Début à 32 ans après une longue période préataxique. *Antécédents*. Mère très nerveuse, morte de paralysie agitante (Diagnostic de M. Lasègue). Père inconnu. Deux sœurs très nerveuses sont sujettes à des crises dans lesquelles elles crient, perdent connaissance et se débattent en ne touchant par moment au sol que par la nuque et les talons?... Pas de syphilis. Rougeole à 11 ans. Réglée à 11 ans 1/2. Mariée il y a 8 ans, a fait une fausse couche de six mois dans la première année de son mariage. A 32 ans, après une période douteuse de plusieurs années, pendant laquelle la malade sentit des picotements dans les jambes, des douleurs vives mais très passagères, il survint des douleurs fulgurantes typiques dans les jambes et les cuisses. Hypéresthésie cutanée à ce niveau. Presque en même temps douleurs constrictives en ceinture. L'incoordination date de 1880 seulement, mais elle augmente tous les jours. Diplopie assez fréquente. Aujourd'hui (juin 1882), la malade a l'incoordination classique des membres inférieurs. Talonnement. Paraplégie presque complète. Rien ou presque rien comme mouvement aux membres supérieurs. Parésie vésicale. Retard de la sensibilité dans les membres inférieurs. Corset d'anesthésie douloureuse autour de la taille. Bouton douloureux dans un des espaces intercostaux. Signe de Romberg. Abolition des réflexes. Gêne de la miction.

Obs. XI. — Mlle B..., 42 ans, salle J.-J. Rousseau (1882). Début à 28 ans. — Mlle B..., 39 ans, salle J.-J. Rousseau, bâtiment Lassay, à la Salpêtrière. — *Antécédents héréditaires*. — *Mère*. Originale. A disparu depuis longtemps, abandonnant sa famille après une discussion ; elle vivait encore en Amérique en 1882. *Père*. Mort paralytique général. *Antécédents personnels*. La malade a uriné au lit jusqu'à l'âge de 8 ans. Variole dans l'enfance. *Début de la maladie à 28 ans*. Aujourd'hui (1882), douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, la ceinture. Les membres supérieurs (sphère du cubital). Perte des membres inférieurs. Abolition des réflexes rotuliens. Crises rectales. Epreintes. Crises uréthrales. Vertige de Ménière. Sommeil agité. Cauchemars. Incoordination des membres inférieurs et supérieurs, etc.

Obs. XII. — *Tabétique héréditaire*. — M. Del. (ancien magistrat). *Antécédents*. *Père*. Nerveux, original, sujet à des scrupules, avait un tic convulsif dans la face. *Début de la maladie à 27 ans*. Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, la ceinture (ont cessé depuis 1872). Anesthésie disséminée. Incoordination de la marche et des mouvements du membre supérieur. Diminution de la force. Paralysie des extenseurs du pied. Abolition des réflexes rotuliens. Arthropathie du genou. Chute des dents et des ongles. Troubles de la miction. Frigidité depuis un an. Fausse angine de poitrine. Sommeil troublé. Cauchemars.

Obs. XIII. — *Tabes héréditaire*. — *Début de la maladie à 21 ans*. Le nommé T..., porteur aux Halles, âgé de 29 ans. Père. Mort à Sainte Anne, aliéné. *Sœur*. Hystérique. Le malade vit à la campagne jusqu'à 18 ans. A cet âge, il vient à Paris et obtient une place de porteur aux Halles. Aucune maladie jusqu'à 21 ans. Début de la maladie, à cette époque, par une paralysie du moteur oculaire commun du côté gauche, qui le fait réformer du service militaire. *Aujourd'hui* : Douleurs fulgurantes dans tous les membres. Réflexe supprimé. Anesthésies disséminées. Perte du sens musculaire. Signe de Romberg. Vertiges. *Incoordination aux quatre membres*. Diminution de la force. Troubles urinaires et génitaux. Paralysie des muscles moteurs du globe de l'œil. Signe d'Argyl Robertson. Crises laryngées cardiaques. Sommeil troublé. Atrophie musculaire. Mal perforant. Chute des ongles.

Obs. XIV. — *Tabes précoce*. — *Début à 17 ans*. Mlle San.... *Mère*. Nerveuse, sujette à des crises, où elle se débattait. Asthmatique. Morte à 75 ans. *Frère*. Névropathe. Mort tuberculeux. *Sœur*. Hystérique. Début à 17 *ans, après une tentative de suicide*. Depuis, *douleurs fulgurantes* dans les membres et la ceinture. Anesthésies disséminées. Pseudo-névralgies faciales. Crises gastriques laryngées, pseudo-néphrétiques, pseudo-cardiaques, rectales, vésicales. Crises épileptiformes. Incoordination motrice. Rétention d'urine. Abolition des réflexes. Perte du sens musculaire. Diminution de la force. Signe de Romberg. Troubles sensoriels. Diplopie. Myosis. Troubles trophiques. Chute des ongles, des cheveux, des dents, etc.

Conclusion : 1° L'ataxie locomotrice est une maladie essentiellement héréditaire ; 2° La précocité d'apparition de la maladie est en raison directe de l'hérédité nerveuse; 3° Chez les tabétiques précoces, l'hérédité est proche ; c'est chez les descendants directs et non dans la ligne collatérale que l'on retrouve la tare nerveuse ; 4° L'intensité de la maladie et la multiplicité des symptômes sont l'apanage des tabes précoces ; 5° Les deux maladies le plus souvent rencontrées à l'origine du mal sont : l'aliénation mentale (surtout la paralysie générale) et l'ataxie locomotrice ; 6° Bien qu'essentiellement héréditaire, l'ataxie précoce n'a rien de commun avec l'ataxie héréditaire de Friedreich.

Exposition d'hygiène et congrès du Havre. — La Compagnie de l'Ouest seule a bien voulu accorder demi-place aux membres adhérents du Congrès du Havre (5 et 6 août). Prière de faire connaître, le plus tôt possible, si l'on va au Congrès pour qu'il soit envoyé, en temps utile, un bon nominatif qu'on présentera au guichet de la gare de départ du réseau de l'Ouest. S'adresser au secrétaire général de la Société d'hygiène, M. le Dr Gibert, au Havre.

Institut bactériologique de Barcelone. — Le gouvernement Espagnol vient de fonder à Barcelone un institut bactériologique dont le directeur sera M. le Dr Ferran, bien connu pour ses recherches sur le choléra.

PATHOLOGIE INTERNE

Endocardite végétante ulcéreuse. — Infarctus suppurés du rein et du cerveau (1) ;

Par J. GIRODE, interne des hôpitaux.

Auguste R..., 35 ans, journalier, entre le 7 décembre 1886 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-François, lit n° 16, dans le service de M. Guyot.

Antécédents. — Aucun antécédent héréditaire. Père, mère, frères et sœurs bien portants.

Pas de maladie antérieure. Pas de syphilis. Avant de venir à Paris, le malade était garçon meunier à la campagne, et vers l'âge de 20 à 22 ans se surmenait à porter de lourds sacs de farine de 100 à 150 kilos. Quoiqu'il nie tout excès alcoolique, on apprend aisément en l'interrogeant qu'il a présenté des symptômes d'alcoolisme chronique (dyspepsie, pituite matutinale, cauchemars, rêves professionnels, douleurs nocturnes des membres, etc.). Il a fait un congé au 3e zouaves en Afrique sans un jour de maladie.

Depuis 2 ou 3 ans, respiration un peu gênée, essoufflement facile et palpitations en montant un escalier ou portant un fardeau.

Début. — Il y a un mois, à la suite d'un refroidissement, symptômes de bronchite aiguë assez intense, essoufflement habituel, toux, expectoration blanchâtre aérée à grosses bulles. Vomissement. Insomnie. Fièvre modérée. Petites épistaxis. Cet état a persisté jusqu'à l'entrée sans grande modification. T. le soir 38°,4.

Etat, le 8 décembre. Apparence d'une bonne constitution. Un peu d'amaigrissement depuis huit jours. Teint pâle. Sueurs. Langue épaisse.

Poumons : Signes de bronchite généralisée, râles vibrants en avant et en arrière dans toute la hauteur. Quelques râles humides aux deux bases en arrière. Toux fréquente, quinteuse. Expectoration analogue à une solution sirupeuse de gomme, surnagée par quelques crachats aérés blancs. Cœur : Pointe abaissée dans le sixième espace, un peu déviée en dehors. Impulsion modérée. Matité cardiaque augmentée d'étendue et d'intensité. A l'auscultation, double souffle systolique et diastolique (le premier plus intense) à timbre doux, à maximum près et un peu au-dessus de la pointe, se prolongeant vers la base, entendu également le long du bord droit du sternum, prolongé dans la carotide droite, tandis qu'à gauche et dans les crurales le souffle est simple, diastolique, artériel. Pouls à 110, bondissant, dépressible, faiblement dicrote, régulier, égal. Le tracé sphygmographique montre une ligne d'ascension d'abord presque verticale dans les 4/5 de sa hauteur, puis obliquement ascendante, un sommet arrondi, une ligne de descente présentant une première moitié faiblement oblique, un court ressaut ou plutôt un court plateau horizontal, enfin une deuxième moitié faiblement oblique et parallèle à la première. Pouls récurrent, palmaire. Pouls capillaire (curule de l'index et du médius gauche). Faux pouls veineux jugulaire externe gauche. Foie, débordant à peine le rebord costal. Rate augmentée de volume à la percussion, débordant de deux doigts les fausses côtes gauches.

Urines assez abondantes, pâles, mousseuses, très fortement albumineuses.

Hernie inguinale droite réductible.

Appétit assez conservé. Digestions lentes et difficiles. Vomissements alimentaires ou bilieux revenant surtout le soir, irrégulièrement depuis trois semaines. Un peu de diarrhée.

Céphalalgie. Battements des tempes, bourdonnements d'oreilles. Quelques étourdissements. Vue un peu troublée par instants (éblouissements, nuage). T. 38°,8 et 38°,6. Notable dépression de forces.

9 *décembre*. T. 39°,7. et 39°,4. Pouls encore plus vibrant. Vomissements.

10 *décembre*. T. 39°,2 et 39°,6. Le 11. T. 38°,7 et 39°,4.

12 *décembre*. Redoublement de malaise. Douleurs de reins. Vomissements alimentaires et bilieux. Diarrhée. Urines rares, foncées, très albumineuses. T. 38°,6 et 38°,4.

13 *décembre*. Teint jaunâtre. Vomissements arrêtés après substitution du bouillon au lait. T. 38°,1 et 38°,2.

14 *décembre*. T. 38° et 38°,8. Sueurs abondantes. Symptômes de congestion plus accusée à la base gauche. Vésicatoire.

15 *décembre*. T. 36°,6 et 37°,2. Le 16, 37°,5 et 38°,1. Douleurs au creux de l'estomac. Quelques stries de sang dans le crachoir.

17 *décembre*. T. 37°,4 et 39°,8. Le 18, T. 40°,6, matin et soir ; éréthisme cardiaque encore plus intense, pouls à 120. La main, appliquée doucement à la région précordiale, perçoit au niveau de la pointe un frôlement très net. Double souffle plus net à la base. A la pointe, bruit de galop (frottement surajouté post-systolique). Le vésicatoire, qu'on a pansé depuis le début méthodiquement pour le faire sécher, s'enflamme et suppure beaucoup.

19 *décembre*. T. 38°,3 et 38°,4. Le 20. T. 38°,1 et 40°,2.

21 *décembre*. Affaissement par instants, idées vagues, un peu de subdélire. Beaucoup de râles fins sous-crépitants à la base droite et dans la moitié inférieure du poumon gauche. Diarrhée et vomissements irrégulièrement. Le vésicatoire suppure abondamment.

22 *décembre*. Teint cireux. Demi-somnolence. Refroidissement des extrémités. T. A. 37°,2. Sueurs profuses. Impossibilité presque absolue de parler.

Expectoration très aérée et rouge-vif de congestion pulmonaire. Les sinapismes ne déterminent plus de rubéfaction.

Après la visite, vomissements noir-rougeâtre. Le dépôt, examiné au microscope, contient une grande quantité de globules du sang.

Mort dans le coma à 2 heures.

AUTOPSIE, le 24, à 10 heures. Raideur cadavérique faible. Teint mat uniforme.

Cœur : Dans le péricarde, 150 grammes de sérosité louche. Vers la pointe, en avant du ventricule gauche, petite zone de péricardite large comme une pièce de cinq francs, assez rugueuse, d'apparence ancienne. Grande plaque laiteuse sur le ventricule droit. Poids, 405 grammes. Hypertrophie portant surtout sur le ventricule gauche. Consistance ferme. Les quatre cavités presque entièrement remplies de caillots en majorité fibrineux prolongés à l'origine des quatre artères. Un peu d'insuffisance des valvules aortiques soit avant, soit après l'extraction du caillot prolongé à travers l'orifice, sur la face ventriculaire des sigmoïdes aortiques et dans la région sous-aortique, véritable forêt de végétations villeuses ou polypiformes mesurant 1 à 2 millimètres de largeur et jusqu'à 1 centimètre et demi de longueur, élargies à leur base d'implantation. Ces végétations sont un peu jaunâtres, assez consistantes, avec l'endocarde normal autour de leur base. Dans le sinus mitro-sigmoïdien, ulcération étendue, endocarde décollé en forme de valve semi-lunaire dirigée en haut, et au-dessous, excavation anfractueuse se prolongeant en tous sens au-dessous de l'endocarde décollé dans une étendue de 2 à 5 millimètres, entièrement remplie de caillots noirs friables. La portion d'endocarde décollée, le fond de l'excavation, et le pourtour sous forme d'une bande de 1 cent. de large présentent une teinte ardoisée ou brun-verdâtre rappelant les parties en putréfaction. Du côté de l'oreillette gauche, au-dessus de la grande valve de la mitrale, juste au niveau de la grande ulcération mitro-sigmoïdienne susdite, l'endocarde présente une ulcération rougeâtre superficielle, irrégulière, recouverte de caillots fibrineux adhérents qui se continuent avec la masse de caillots plus récents de l'oreillette. Petite végétation sur le côté ventriculaire de la grande valve mitrale. A droite, petite ulcération linéaire siégeant dans l'oreillette juste au-dessus de l'insertion de la valve postérieure de la tricuspide. La valvule de Thébésius présente l'apparence d'un diaphragme fenêtré (malformation ancienne plutôt que lésion récente). Le myocarde a une teinte et un aspect

(1) Communication à la *Société anatomique*, Décembre 1886.

normaux. Quelques petits noyaux athéromateux de la crosse de l'aorte.

Poumons : Adhérences anciennes solides du sommet gauche. Un peu de pleurésie récente à la base droite avec fausses membranes jaunâtres, gélatiniformes.

Consistance des poumons un peu augmentée, uniforme. Toutes les parties surnagent. Coupe très humide laissant échapper une grande quantité de sang spumeux. Coloration rouge-cerise. Deux tubercules crétacés au sommet gauche.

Foie : Poids 1651 grammes. Consistance faible.

Coloration un peu plus brune. Vésicule contient une petite quantité de bile trouble, brunâtre. Coupe assez humide. Prédominance de teintes brunes de congestion péri-sus-hépatique. Sous la capsule et à la convexité, les coupes récentes présentent une large bande plus foncée, se rapprochant de l'aspect foie cardiaque. Le lobe gauche est pâle.

Reins. Poids 125 grammes. Petits kystes sous la capsule. Consistance plutôt ferme. Décortication assez facile.

Substance médullaire brun-foncé. Substance corticale brunâtre, et dans cette substance, îlots de couleur très brune paraissant correspondre à des infarctus récents. Deux infarctus suppurés sous-capsulaires sur le rein droit, du volume d'une petite noisette.

Rate. Hypertrophie notable. Poids 440 grammes. Consistance très faible. A la coupe teinte brune générale sur laquelle tranchent des milliers de petites taches noires hémorrhagiques. Sur un point, un petit infarctus en voie de suppuration.

Estomac. Arborisations vasculaires notables sur la petite courbure et au voisinage du cardia.

Encéphale. Congestion, épaississement des méninges; aspect opalin par places. Assez grande quantité de liquide louche arachnoïdien et sous-arachnoïdien. Dans le ventricule latéral gauche, liquide presque purulent. Décortication facile de la pie-mère. Artères de la base normales. Consistance normale du cerveau. A la coupe, le noyau lenticulaire des deux côtés et la couche optique à droite présentaient une légère décoloration de leur substance, et, tranchant nettement sur les coupes fraîches, plusieurs îlots jaunes-verdâtres à limites mal circonscrites, en continuité les uns avec les autres, mais n'empiétant en aucune façon sur la capsule interne. Le reste de la substance encéphalique est normal.

Recherche des micro-organismes. Solution alcoolique de fuchsine dans l'eau anilisée à 1/15, séjour des préparations 1/4 d'heure à 40°.

1° Parties les moins sanguinolentes de l'expectoration hémoptoïque : on y trouve des formes microbiennes très variées, bactéries, microcoques isolés ou en amas, le tout ne paraissant pas différer des microbes arrondis de la bouche.

2° Immédiatement après l'autopsie, coloration du produit de raclage des végétations cardiaques et des régions infarctées soit du rein; soit du corps strié. Dans toutes ces préparations, nous avons retrouvé les deux formes suivantes de micro-organismes : a) des microcoques isolés, rares, de volume très inégal, d'un diamètre inférieur à un μ; b) plus spécialement dans les préparations provenant du cerveau, un diplocoque assez nettement caractérisé, ordinairement environné d'un espace clair de grandeur variable et à contours irréguliers, sans rien qui rappelle une véritable capsule.

Examen histologique. — Il a porté sur le foie, le rein, et la paroi cardiaque.

1° Foie. Sur les coupes colorées en picro-carmin, on trouve, en plein lobule, deux formes d'altérations très différentes. En certains points, des taches rouges de forme irrégulière, dues à l'accumulation de cellules lymphatiques dans les vaisseaux et autour d'eux, avec refoulement et atrophie des cellules. Ailleurs, des taches plus étendues et plus irrégulières, pales, au niveau desquelles les cellules sont en désintégration granuleuse ou complètement détruites, à tel point que la charpente vasculaire reste seule et dessine un réticulum très élégant Au pourtour de ces taches pâles, cellules en dégénérescence graisseuse, et capillaires sanguins très gorgés de globules rouges, cette double lésion est en général beaucoup plus prononcée à la périphérie des lobules. En certains points, la veine centrale est entourée d'une bordure de cellules embryonnaires. Dans les espaces interlobulaires également, petites zones de prolifération embryonnaire de préférence au voisinage de l'artère et du rameau biliaire. Noyaux des cellules hépatiques, en général, faiblement colorés.

2° Reins. Outre les infarctus appréciables à l'œil nu suppurés ou en instance d'abcédation et où l'infiltration embryonnaire s'étend bien au delà des limites macroscopiquement appréciables, on trouve les altérations d'une néphrite diffuse à prédominance interstitielle ; congestion vasculaire notable ; prolifération embryonnaire en traînées autour des vaisseaux de petit calibre, en zones parfois étendues dans le labyrinthe et surtout au voisinage de glomérules, occupant aussi quelques glomérules tuméfiés ; en même temps, les tubuli paraissent comprimés, leur revêtement épithélial sombre, granuleux, à contours vagues, en desquamation, la lumière parfois oblitérée par un détritus granuleux. Des ilôts de prolifération embryonnaire se voient jusque dans la substance médullaire. Quelques glomérules paraissent atrophiés, pâles, d'aspect vitreux soit en totalité, soit en partie.

3° Cœur. On trouve en quelques points, dans le myocarde, de petits îlots de cellules rondes semblant indiquer un processus irritatif récent. Les fibres musculaires présentent, non d'une manière diffuse, mais par points, par groupes de fibres, et irrégulièrement, une striation faible avec aspect légèrement granuleux rappelant le début de la dégénérescence graisseuse.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Un petit chapitre d'anatomie topographique médicale. L'Espace semi-lunaire de Traube.

M. Rondot, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux et médecin des hôpitaux, a publié récemment, dans un journal de cette ville (1), un article où il résume tout ce qui se rapporte à l'*Espace semi-lunaire ou Espace de Traube* (2) et où se trouvent quelques remarques personnelles intéressantes.

La notion de l'Espace semi-lunaire est une de ces acquisitions médicales nouvelles dont on parle souvent dans les services hospitaliers, que certains prétendent connaître à fond et que d'autres veulent sans cesse utiliser pour préciser un diagnostic dans les cas difficiles. Malheureusement beaucoup de ceux qui désirent ainsi se servir de ces données récentes ne les ont pas toujours bien présentes à l'esprit, surtout avec toute la précision désirable. Pour ce qui est, par exemple, des notions fournies par les variations de cet Espace semi-lunaire, on se fait généralement une assez mauvaise idée de cet Espace lui-même à l'état normal. D'ailleurs bien des étudiants et des praticiens ont été embarrassés quand ils ont voulu se faire une opinion sur ce qu'on désigne sous ce nom. A l'heure qu'il est, il en est encore beaucoup que cette question intéresse et qui ne savent où aller chercher les documents qui pourraient les instruire ; les ouvrages classiques sont muets sur ce point. C'est pour leur venir en aide, pour leur éviter

(1) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.*
(2) Voyez aussi son tirage à part : Baillière, 1887, Paris.

une perte de temps notable, des recherches assez longues sinon fastidieuses, que nous avons cru devoir résumer ici toutes les notions qui concernent l'Espace semi-lunaire.

Définition.—On donne le nom d'Espace semi-lunaire ou de Traube à la « *partie de la région inféro-antérieure gauche du thorax correspondant à la sonorité tympanique de l'estomac*, c'est-à-dire à l'estomac lui-même. »

Historique. — Tout le monde sait que Traube le premier, en 1868, montra la valeur séméiologique des variations d'étendue de cette zone à sonorité spéciale et qu'il les utilisa pour le diagnostic de la pleurésie. M. le professeur Jaccoud a eu le mérite de vulgariser les idées de cet auteur en France (1) et d'en montrer l'importance et la justesse. Un certain nombre d'auteurs, Guttmann (2), Grancher (3), G. Sée (4), se sont aussi occupés de cette question, mais sans y ajouter rien de bien nouveau. M. Rondot a eu l'heureuse idée de rassembler tous les renseignements épars çà et là dans les ouvrages des médecins que nous venons de citer. Son travail est très clair et très complet ; de plus, on y trouve quelques idées originales. Nous ne pouvons donc mieux faire que de recourir le plus fréquemment possible à son mémoire.

Dans notre résumé, nous étudierons d'abord l'Espace semi-lunaire à l'état sain. Nous le ferons avec détail, cette question d'anatomie topographique étant d'une importance capitale et mal connue. Nous résumerons plus tard, dans un autre bulletin, ce qui a trait aux variations morbides de cet Espace.

I. *Anatomie.* a) *Limites.* — Chez l'adulte sain, les *limites* de cet espace sont deux lignes situées au niveau de la région costale gauche. 1° L'une, *l'inférieure*, correspond au rebord des fausses côtes et s'étend de l'appendice xiphoïde à l'extrémité libre ou antérieure de la onzième côte. Elle est donc légèrement concave en haut, en arrière et en dehors et reste pour ainsi dire invariable. 2° La seconde, ou *limite supérieure*, est une courbe à convexité supérieure, ayant les mêmes extrémités que la première, mais de situation et de dimension variables, plus ou moins longue, plus ou moins courbe, suivant la plus ou moins grande distance qui la sépare du rebord costal, lequel représente à peu près la corde de cette sorte d'arc. La position de cette courbe supérieure varie chez les divers individus suivant le volume et la situation de trois organes qui sont le cœur, le poumon et la rate. C'est, en effet, par le contraste que donnent, avec le tympanisme stomacal, la matité d'une partie du lobe gauche du foie et du bord droit du cœur, la sonorité du bord inférieur du poumon gauche et la matité de la rate, que l'on détermine la situation de cette ligne courbe supérieure. On peut, d'ailleurs, la considérer comme formée de trois parties distinctes : 1° la *ligne gastro-cardiaque* ; 2° la *ligne gastro-pulmonaire* ; 3° la *ligne gastro-splénique*. Elle correspond à peu près à la partie antérieure et latérale du sinus phréno-costal de la plèvre et semble, à première vue, représenter la ligne d'intersection avec la paroi thoracique de la surface limite des deux cavités thoracique et abdominale (c'est-à-dire du diaphragme). Plus exactement, d'après M. Rondot, cette courbe correspond à la voûte du diaphragme.— Pour déterminer chez un sujet donné la position de cette limite supérieure de l'espace de Traube, on doit utiliser tous les modes d'exploration usités lors d'un examen complet de la poitrine, c'est-à-dire l'inspection, la palpation, l'auscultation, mais surtout la percussion. On doit d'abord chercher à fixer la *ligne gastro-cardiaque* ou partie interne de cette courbe supérieure. Pour ce faire, par la percussion, on note la situation du bord droit du cœur, et par la palpation celle de la pointe de cet organe; la limite gauche du foie est plus difficile à préciser, mais cette recherche est tout à fait secondaire. Cette ligne gastro-cardiaque est presque horizontale et a les dimensions du bord droit du cœur environ. La *ligne gastro-pulmonaire* est facile aussi à fixer, si l'on a soin de n'employer qu'une percussion très superficielle. La palpation peut aider aussi dans cette recherche : en effet, les vibrations thoraciques qu'on essaiera de percevoir avec le bord cubital de la main n'existent qu'au niveau du poumon ; au-dessous de la ligne gastro-pulmonaire, elles disparaissent. Cette ligne part de la pointe du cœur, se dirige obliquement en bas et en dehors et vient rejoindre l'extrémité antérieure des fausses côtes. Elle est nettement convexe en dehors. Ces deux lignes gastro-cardiaque et gastro-pulmonaire réunies forment un arc qui commence au bord gauche du sternum, coupe obliquement l'extrémité antérieure du 7e, puis du 6e cartilage costal, suit pendant quelques centimètres le bord inférieur de la partie antérieure de la sixième côte pour s'infléchir bientôt brusquement et gagner le bord antérieur de la rate, que la ligne de matité splénique permet de placer au voisinage de la partie antérieure de la onzième côte. Il faut bien savoir que la limitation, là comme au niveau du foie, est peu facile à obtenir avec précision. La *ligne gastro-splénique* est donc assez peu nette ; elle est à peu près verticale et très courte.

b) *Forme.* Nous connaissons maintenant les contours de l'espace semi-lunaire. Il est évident qu'il porte ce nom en raison de sa forme : nous n'y insistons pas. Il nous suffira, pour en compléter la description, de faire remarquer que sa partie la plus large correspond ordinairement à la normale abaissée du mamelon sur le milieu du rebord costal ; cette ligne mesure environ neuf à dix centimètres quand l'estomac n'est pas distendu par une masse alimentaire considérable, c'est-à-dire dans l'intervalle des repas.

II. *Physiologie.* — Voilà pour la partie anatomique pure ce qui concerne l'espace de Traube. Quels sont les phénomènes physiologiques qui s'y passent et qu'on y constate à l'état sain? C'est encore aux divers modes d'exploration de la cage thoracique qu'il faut recourir pour répondre à cette question.

(1) Communication à l'*Académie de médecine*, 1879. *Leçons de Clinique médicale* à la Pitié, 1885, p. 239, leçon du 18 janvier 1884.
(2) GUTTMANN. — *Traité de diagnostic.*
(3) GRANCHER et LASÈGUE.— *Technique de la palpation et de la percussion*. Paris, 1882.
(4) GERMAIN SÉE. — *Traité des maladies simples du poumon.*

L'*inspection* ne fournit guère de renseignements que lors d'altérations des organes limitrophes (plèvres costale et diaphragmatique, estomac, intestin, rate, etc.) qui déterminent des déformations (voussures ou dépressions). Nous ferons remarquer avec M. Rondot que l'inspection de cet espace peut cependant permettre de reconnaître si l'abaissement du diaphragme lors des mouvements respiratoires détermine une ampliation symétrique des deux hypochondres. C'est pousser les choses un peu loin que d'y regarder de si près... quoique cette remarque soit très juste ; aussi nous passons.

A la *palpation*, nous l'avons dit, on constate que les vibrations thoraciques ne sont pas perceptibles dans l'espace de Traube. Il est bien entendu qu'il faut les rechercher comme l'indique Jaccoud, c'est-à-dire avec l'extrémité des doigts ou mieux avec le bord cubital de la main.

La *percussion* donne une sonorité nettement tympanique bien connue qui tranche bien sur celle du poumon et même de l'intestin. C'est là la caractéristique assignée par Traube à cette région. Cette sonorité stomacale diffère de la sonorité thoracique « par la quantité et surtout par le timbre du son de percussion. » Il existe plutôt une zone de transition qu'une simple ligne entre ces deux sortes de sonorité, ce qui rend la délimitation de l'Espace de Traube assez délicate. Pour ce qui concerne l'étude de ce tympanisme stomacal nous renvoyons au petit traité de Lasègue et Grancher (1).

Si l'on *ausculte* dans cet espace, à l'état normal, on n'entend aucun bruit. C'est, comme l'appelle M. Rondot, *une zone silencieuse*. Les *bruits du cœur* n'y retentissent pas; il en est de même du *bruit respiratoire* ou murmure vésiculaire. Cependant, on constate que dans la partie supérieure de l'espace (moitié ou tiers supérieur) on entend ce murmure affaibli, ce qui est dû simplement à la propagation du bruit qui se passe dans le poumon. Comme le fait avec justesse observer M. Jaccoud, il suffit d'un peu d'attention pour se rendre compte que ce bruit n'est pas produit sous l'oreille.

III. *Modifications physiologiques dans l'étendue de l'Espace semi-lunaire*. Dans certaines circonstances, absolument physiologiques, cet espace semi-lunaire se modifie légèrement.

a) C'est ainsi que le *travail digestif* a une certaine influence. On n'ignore pas que pendant la digestion la rate et le foie augmentent assez notablement de volume, ce qui diminue d'autant l'étendue de l'espace de Traube à ses deux extrémités interne et externe. D'autre part l'estomac, à moins de surdistension gazeuse liquide ou solide, paraît lui-même diminuer de volume dans une certaine mesure pendant la digestion. Ces deux sortes de modifications dans le volume des organes limitrophes et de l'estomac agissent, on le voit, dans le même sens; c'est une notion qu'il ne faut jamais perdre de vue, quoique la résultante, en ce qui concerne la diminution d'étendue de l'espace, ne soit pas énorme.

b Les variations de la zone de Traube dues aux *mouvements de la respiration* sont au moins aussi importantes, lorsque ces derniers sont très accentués ; mais

(1) Lasègue et Grancher, *loc. cit.*, p. 136.

d'ordinaire ils sont si peu marqués qu'ils frappent à peine. Si, lors d'une inspiration très profonde, le bord inférieur du poumon peut s'abaisser d'environ 4 à 5 centimètres, dans une respiration ordinaire, modérée, la descente du poumon est à peine sensible ; c'est en clinique une modification presque négligeable, à l'état normal du moins. Il est clair que, s'il y a des adhérences pleurales, le poumon sera maintenu dans une situation invariable ; l'examen de la descente du poumon présente donc un certain intérêt pratique. C'est pourquoi, si faible soit-elle d'ordinaire, on doit y prêter un peu attention. Qu'on ne nous accuse pas de couper des cheveux en quatre, ce sera toujours autant d'acquis pour l'étude de l'espace de Traube.

Ceci posé, il est facile de comprendre comment cet espace pourra se modifier sous l'influence d'affections des organes qui entrent dans sa constitution, c'est-à-dire dans les lésions de la plèvre et du poumon gauches, du cœur, du foie, de l'estomac et de la rate elle-même ; on sait d'ailleurs que les changements de configuration de l'espace de Traube se rencontrent surtout dans les pleurésies gauches. Nous montrerons bientôt que ces variations sont importantes à connaître si l'on veut arriver à formuler un diagnostic précis dans les maladies de cette région du thorax.

M. Tillaux a dit, dans la préface de son *Traité d'anatomie topographique* : « J'estime qu'il serait utile qu'un médecin entreprit de faire une Anatomie topographique avec application à la médecine » c'est-à-dire quelque chose d'analogue à ce qu'il a fait pour la chirurgie. M. Ch. Féré a commencé par un ouvrage actuellement entre les mains de tous (1). Personnellement nous n'avons eu la prétention que d'être utile aux jeunes en rédigeant ces quelques lignes. Nous croyons cependant pouvoir ajouter qu'une telle description anatomique de l'espace semi-lunaire ne serait pas un des chapitres les moins intéressants, quoiqu'un des plus courts, d'une anatomie topographique médicale. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 *juillet* 1887.— Présidence de M. Janssen.

M. Germain Sée lit un mémoire sur l'action *de l'antipyrine en injections sous-cutanées, substituée à la morphine*. L'injection d'antipyrine (0 gr. 50 dans 0 gr. 50 d'eau) ne présente aucun des inconvénients qu'on constate dans l'emploi de la morphine, tels que les vertiges ou les vomissements : elle ne jette les malades ni dans la somnolence, ni dans ces excitations artificielles qui mènent à la morphinomanie : enfin elle joint très souvent à l'action calmante un pouvoir curatif. M. Sée signale surtout les avantages de l'antipyrine dans le traitement des coliques hépatiques et néphrétiques, des douleurs aiguës chez les cardiaques, des dyspnées ou oppressions chez les asthmatiques ou névropathiques.

M. F. Hache étudie la *structure et la signification morphologique du corps vitré*. Cette partie de l'œil est formée de deux parties constituantes fondamentales : 1° un liquide dont la composition est bien connue ; 2° une substance solide sur la nature et la disposition de laquelle les hypothèses les plus contradictoires ont encore cours aujourd'hui.

(1) Ch. Féré. — *Traité d'anatomie médicale du système nerveux*, Paris, 1886.

Cette partie solide, d'après M. Hache, est une substance essentiellement hygrométrique. Elle forme un système de lames connectives anastomosées ne limitant pas des alvéoles, mais jouissant à un très haut degré de la propriété de s'imbiber de liquide et de se gonfler au point de se juxtaposer exactement de manière à perdre, pour ainsi dire, leur individualité et à former un tout homogène, gélatineux et transparent. Cette structure lamelleuse rappelle celle des gaînes nerveuses, de sorte qu'au point de vue morphologique le corps vitré peut être considéré comme une gaîne lamelleuse modifiée annexée à la lame interne de la vésicule optique secondaire.

M. J. Chatin décrit *les kystes bruns de l'anguillule de la betterave.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 *juillet* 1887. — Présidence de M. Dastre.

M. Ch. Richet rappelle que c'est par la respiration que les chiens soumis à des températures assez élevées peuvent arriver à se refroidir suffisamment pour lutter contre la chaleur. La muqueuse broncho-pulmonaire élimine alors une quantité d'eau suffisante pour produire, par son évaporation, l'abaissement de température compatible avec l'existence. Pour ce faire, les respirations se précipitent et l'animal survit, tandis que le chien curarisé ou chloralisé, exposé au soleil, ne tarde pas à succomber, lorsque le thermomètre a atteint 44°.

M. Jacquet rapporte un certain nombre d'observations desquelles il paraît résulter que la douleur de la sciatique est calmée instantanément par la réfrigération au chlorure de méthyle, suivant la méthode de M. Debove, lorsque la réfrigération porte sur le membre *sain*. C'est dans les cas de sciatique intense et rebelle, que l'expérience réussit le mieux. Toutefois l'accalmie paraît persister moins longtemps que lorsqu'on agit sur le membre *malade*.

MM. Straus et P. Blocq font une communication sur l'*étude expérimentale de la cirrhose alcoolique du foie*. Les expériences ont porté sur vingt-quatre lapins qui ont été soumis à l'ingestion stomacale, à l'aide de la sonde, d'un mélange d'alcool éthylique et méthylique dilué dans de l'eau. La dose quotidienne moyenne, ainsi ingérée, était de 15 grammes d'alcool absolu par jour, dose très forte, qui équivaudrait, pour l'homme, à l'ingestion journalière d'un demi-litre d'*alcool absolu* (dont la moitié amylique.) Plusieurs lapins ont supporté ce régime *pendant un an*. On a pu ainsi étudier à volonté les étapes successives des lésions. L'estomac a présenté les altérations macroscopiques et microscopiques que l'on constate dans la gastrite chronique des buveurs. Le foie, paraissant sain à l'œil nu, sauf une lobulation exagérée, a présenté néanmoins des lésions histologiques caractéristiques. Déjà, vers le troisième mois, les espaces portes périlobulaires sont le siège d'une infiltration nucléaire très accusée, qui, les mois suivants, envahit les fentes interlobulaires. Vers le septième mois, le lobule est entouré sur tout son pourtour par des traînées de cellules embryonnaires. La lésion est surtout accusée sur les canaux-portes de dernier et moyen calibre; elle l'est moins sur les gros canaux. La cirrhose naissante ainsi développée est donc *annulaire, périlobulaire* et *monolobulaire*. Sauf ce dernier caractère, elle confirme pleinement le schéma célèbre que M. Charcot a donné de la cirrhose alcoolique confirmée de l'homme. Mais, même chez le lapin, on voit à un très faible grossissement de larges traînées embryonnaires suivant des canaux-portes de moyen calibre et circonscrivant un certain nombre de lobules : c'est l'ébauche d'une cirrhose multilobulaire greffée sur la cirrhose monolobulaire. Les veines centrales du lobule et les veines sus-hépatiques de tout ordre ont été constamment trouvées intactes. Les faits expérimentaux vont donc à l'encontre de l'opinion émise par M. Brieger et Sabourin, d'après lesquels, dans la cirrhose alcoolique au début chez l'homme, la lésion commencerait à la fois autour de la veine centrale et dans l'espace porte. Même chez des animaux alcoolisés *depuis un an*, la cirrhose n'a guère dépassé la phase embryonnaire et ne montre pas de tendances marquées vers l'organisation fibreuse. Les recherches expérimentales de MM. Straus et Blocq sont fort instructives. Pour la première fois on arrive à montrer expérimentalement que l'alcool ingéré par l'estomac provoque des lésions du foie, lésions nettement systématisées. On peut ainsi étudier les phases initiales du processus, celles qui sont les plus intéressantes à bien connaître pour la topographie précise de la cirrhose alcoolique et celles qui, en pathologie humaine, se dérobent précisément le plus souvent au contrôle anatomique.

M. Magnan demande si M. Straus a étudié, chez ses lapins, l'état anatomique des centres nerveux et leurs troubles fonctionnels.

M. Straus répond qu'il s'est exclusivement et volontairement borné à l'étude des lésions hépatiques et stomacales.

M. Déjerine signale ce fait que dans certains cas de paralysie alcoolique il peut exister de la tachycardie, le pouls battant 150 à 160 fois à la minute. Dans un cas de cet ordre, ayant eu l'occasion de faire l'autopsie, il a constaté, outre les névrites périphériques, une névrite parenchymateuse du pneumogastrique. Dans un autre cas, qui avait été rapporté à l'alcoolisme par M. A. Robin, par suite de la *diminution* de l'acide phospho-glycérique des urines, il existait également de la tachycardie, mais la malade guérit. Etant donné le pronostic relativement favorable des paralysies alcooliques, on comprend qu'il puisse être utile de faire des restrictions lorsque survient l'accélération du pouls.

M. Ch. Richet. M. Déjerine ne nous a parlé que de désordres moteurs consécutifs à l'adultération du nerf vague; c'est là un exemple de dissociation de fonctions bien singulier étant donné surtout que les noyaux moteurs et le bulbe n'étaient pas atteints.

M. Dastre.— Il m'est difficile de souscrire à la *diminution* de l'acide phospho-glycérique dont a parlé M. Déjerine dans les cas d'alcoolisme, car on sait que cet acide est augmenté par la stéatose des viscères. D'autre part c'est là un signe bien difficile à apprécier que cette diminution, et qui est bien peu solide pour assurer un diagnostic de cette importance, puisqu'à l'état normal l'acide phospho-glycérique des urines est à peine dosable.

M. Déjerine répond qu'il regrette l'absence de M. A. Robin qui seul pourra fournir sur ce point des éclaircissements à la Société.

M. Chouppe a employé deux fois des lavements d'antypirine à la dose de un gramme par lavement pour calmer des coliques utérines et a obtenu d'excellents résultats. Revenant sur une précédente communication M. Chouppe dit qu'il résulte de nouvelles expériences que l'action de l'antipyrine ou de l'acétanilide empêche les convulsions strychniques par épuisement de la moelle épinière mais qu'il ne croit pas que l'exagération des doses d'une même substance puisse empêcher la mort comme il l'a noté avec l'antipyrine par rapport à la strychnine.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 *juillet* 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Proust fait la lecture de plusieurs rapports sur les eaux minérales.

M. Hardy fait une communication sur le *surmenage intellectuel*. Tout le monde médical paraît d'accord, pour condamner ce qui se passe aujourd'hui dans notre pays, relativement à l'éducation de la jeunesse. M. Hardy insiste sur les circonstances fâcheuses qui se rencontrent dans notre système d'éducation et sur les moyens d'y porter remède ; comme causes de la déchéance physique des écoliers, il signale la mauvaise installation des maisons universitaires et voudrait qu'on ne conservât dans Paris et dans les grandes villes que des lycées à externes et qu'on transportât tous les internats à la campagne. M. Hardy trouve que dans les lycées, surtout en hiver, l'heure du

lever est trop matinale et estime que la somme de travail qu'on exige des collégiens est trop considérable et constitue un surmenage. Il est évident qu'on apprend beaucoup trop de choses à nos enfants : c'est pour le corps et pour l'esprit une fatigue qui altère leur santé et une fatigue inutile. Nous devons plaider chaudement en faveur de la réforme de l'instruction publique et particulièrement de l'instruction secondaire.

M. Lancereaux estime que le surmenage intellectuel dans les écoles est plus rare que ne semblent le croire certains membres de l'Académie. Les désordres pathologiques, observés chez nos écoliers, proviennent le plus souvent de tendances héréditaires, d'une croissance excessive, d'une aération ou d'une alimentation insuffisantes, enfin d'une hygiène défectueuse. L'imperfection de développement des enfants est avant tout l'effet d'une tare héréditaire, engendrée par la tuberculose ou par l'alcoolisme. Les migraines, les épistaxis, etc., ne sont le plus souvent que des effets de l'hérédité se manifestant au moment de la puberté. Des causes très diverses peuvent entraver le bon état de la santé des jeunes gens : l'encombrement, la sédentarité, le surmenage intellectuel. Le surmenage intellectuel se rencontre plutôt dans les pensionnats de jeunes filles : cela tient à la trop grande extension des programmes et de la vanité des familles. La fatigue intellectuelle chez les jeunes gens ne se produit guère qu'au moment des concours et des examens. La céphalalgie, qui est un des effets du surmenage, a souvent son point de départ dans l'appareil dentaire. M. Lancereaux insiste particulièrement sur la fréquence des dyspepsies : néanmoins, il pense que le surmenage n'est ni aussi fréquent, ni aussi redoutable que certains médecins inclinent à le croire. Aussi conseille-t-il de surveiller avant tout l'hygiène des écoles.

M. Lagneau, qui a soulevé le problème de surmenage devant l'Académie, reprend la question litigieuse en faisant la critique des théories émises par ses collègues et donne lecture des conclusions que la commission propose à l'approbation de l'Académie : « L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les graves conséquences morbides du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, lycées et écoles spéciales, et sur la nécessité d'apporter de grandes réformes aux modes et aux programmes d'enseignement actuellement adoptés. »

Ces conclusions seront discutées dans la prochaine séance.

L'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène, sur les titres des candidats à une place de membre correspondant national (1re division) : sont présentés : en première ligne, M. Poincarré (de Nancy) ; en deuxième ligne, M. Barallier (de Toulon) ; en troisième ligne, et *ex æquo*, MM. Mordret (du Mans), Pitres (de Bordeaux), Wannebrouck (de Lille), et Widal (d'Alger).

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juillet 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Folet (de Lille) envoie une note sur les *blessures pénétrantes du crâne par armes à feu.* Il cite deux observations qui semblent démontrer que les blessures pénétrantes dues à des armes à feu sont moins graves pour le crâne que pour le ventre. Il admet que les recherches faites au stylet dans la plaie avec des précautions suffisantes ne sont pas toujours d'une grande nocivité, et, à ce propos, il est de l'avis de M. Peyrot.

M. Trélat présente un *instrument* construit d'après les indications de M. Sébastopoulo (de Constantinople). Cet instrument est destiné à faciliter le *lavage de la cavité utérine* après un accouchement ou lors d'une métrite consécutive à un accouchement. Il a été inventé dans le but de remplacer les sondes qui tiennent mal dans l'utérus.

M. Larrey dépose sur le bureau un travail de M. Bérenger-Féraud intitulé : *Contribution à l'étude des corps étrangers de la face* (lame de couteau située dans la région temporale).

M. Reclus rapporte un cas de fracture du crâne par coup de feu. La balle a pénétré par l'oreille : Exophthalmie, paralysie faciale, anesthésie complète du globe oculaire, déglutition difficile, écoulement de sérosité par l'oreille. On a placé de l'iodoforme dans le conduit auditif externe et à l'heure actuelle, au 7e jour, il n'y a pas d'accidents méningitiques.

M. Monod fait un rapport sur une observation de M. de Larabrie (de Nantes), intitulée : *Ostéomyélite chronique de l'extrémité inférieure du fémur ; fistules ; ulcération de l'artère poplitée, hémorrhagies répétées* (à 3 reprises); *mort après amputation de la cuisse.* A l'autopsie du membre amputé on vit que l'artère poplitée traversait un foyer purulent. M. Monod discute la pathogénie de ces ulcérations vasculaires et fait remarquer qu'on peut en distinguer deux principales espèces : celles qui sont spontanées et celles qui sont dues à la présence d'un corps étranger, un séquestre par exemple, comme c'était le cas ici.

M. Verneuil cite un cas *d'ostéo-arthrite du pied* chez une fillette, présentant en ce point une ulcération tuberculeuse. Un jour, l'artère tibiale postérieure s'ulcéra. Il dut faire une double ligature. Pour lui, la paroi de l'artère a été rongée par le tubercule.

M. Lannelongue. — Il faut distinguer dans les ulcérations vasculaires consécutives à la présence, dans le voisinage d'un vaisseau, d'un foyer purulent, deux sortes de faits : 1° Dans les uns, il s'agit d'abcès froids tuberculeux. Dans ces cas, les parois artérielles sont envahies peu à peu et les ulcérations des artères dues à cette cause ne sont pas rares. 2° Dans un second groupe de faits, il faut ranger les abcès franchement phlegmoneux. Il est très rare de voir s'ulcérer une artère qui traverse un foyer purulent de cette nature. Si, dans des cas, il y a ulcération, c'est qu'une autre cause intervient ordinairement, soit un séquestre consécutif à une ostéomyélite, soit une aspérité osseuse. Ce n'est pas le pus d'un abcès phlegmoneux qui amène la perforation du vaisseau.

M. Trélat a vu 2 cas d'ulcérations tuberculeuses des artères (tibiale postérieure et carotide externe). Il insiste sur la division si nettement posée par M. Lannelongue.

M. Monod fait remarquer qu'en admettant l'influence du pus sur les parois artérielles, il n'a fait qu'émettre une hypothèse. C'est aux faits à parler et, s'ils lui sont contraires, il est prêt à recourir à une autre théorie.

M. Le Dentu. — Dans quelques cas, les vaisseaux artériels s'ulcèrent à la suite d'une artérite dont la cause est mal connue. Ne sait-on pas que chez des sujets atteints de fièvres graves, de bubons, par exemple, dus à la fièvre scarlatine, les artères peuvent être perforées. M. Le Dentu admet pour ces faits l'existence d'une nécrobiose des parois des vaisseaux se rattachant à l'infection primitive de l'organisme, au microbe cause de la maladie primordiale.

M. Lannelongue admet très bien l'influence de ces *abcès*, qu'il nomme *virulents.*

M. Verneuil a extirpé isolément l'astragale chez une fillette. Il a obtenu non seulement un bon résultat opératoire, mais aussi un très bon résultat thérapeutique dans ce cas grave, car il s'agissait d'une ostéite tuberculeuse et était sur le point de recourir à une amputation du pied. Il insiste sur les bienfaits d'un long séjour à Berk et désirerait fort que la Société s'occupât de cette question si importante : le traitement postopératoire des tuberculeux ou autres malades opérés. Il faudrait qu'on puisse facilement envoyer à Berk les opérés qui ont besoin d'un séjour aux bords de la mer. Et certes, au point de vue administratif, dans les hôpitaux cela n'est pas facile.

M. Trélat a bien soin d'envoyer ses opérés aux Eaux et se joindra à M. Verneuil pour faire campagne dans ce sens en ce qui concerne la pratique hospitalière.

M. Lucas-Championnière fait remarquer que le très beau résultat obtenu par M. Verneuil est d'autant plus digne d'attention que la résection tibiotarsienne est celle qui finit le moins correctement ; elle est très difficile à guérir complètement.

M. Monod fait un rapport sur une observation de *taille hypogastrique* due à M. Jobard.

M. Pozzi montre une tumeur utérine qu'il a enlevée le matin

même et qui lui parait représenter le 1er stade des tumeurs fibro-kystiques de l'utérus.

M. Quenu en a enlevé une analogue.

M. Lucas-Championnière en a vu plusieurs cas déjà.

M. Terrier insiste sur la difficulté du diagnostic. On prend ces tumeurs pour des kystes de l'ovaire.

M. Quenu ne croit pas que ce soit là le 1er degré des grosses tumeurs kystiques de l'utérus.

M. Bouilly montre un malade (op. d'Estlander) opéré depuis 2 ans. La déformation consécutive est absolument typique et les résultats très bons.

M. Lucas-Championnière dit que la partie inférieure et antérieure du thorax est la région la plus favorable à la bonne réussite de cette opération.

Election d'un membre titulaire de la Société : M. Nélaton était présenté en 1re ligne; MM. Prengrueber, Routier, Reynier en 2e ligne. Votants 26, majorité 14; M. Nélaton qui a obtenu 22 voix a été élu. M. Routier a eu 1 voix, M. Reynier, 3 voix.

Marcel Baudouin.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. Uber Schrumpfniere im Kindesalter (Néphrite interstitielle chez l'enfant); par Forster. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*. — Band XXVI, p. 38.

II. Uber die Behandlung der Dyspepsie des ersten Kindesalter (Traitement de la dyspepsie du premier âge); par Lorey. — *Ibidem*, p. 44.

III. Ein Fall von Chorea posthemiplegica (Un cas de chorée posthémiplégique); par Scheiber. — *Ibidem*, p. 146.

IV. Tracheotomie prophylactisch bei Spasmus Glottidis (Trachéotomie préventive dans le spasme de la glotte); par Glaser. — *Ibidem*, p. 152.

I. Forster rapporte deux observations de néphrite interstitielle survenue chez deux enfants, le frère et la sœur. Ces enfants appartenaient à une famille éminemment névropathique. Le père en particulier était ataxique, et de plus tuberculeux; deux tantes du côté maternel étaient atteintes de diabète. Les circonstances étiologiques ordinaires : alcoolisme, saturnisme, arthritisme, faisaient défaut dans les antécédents, soit personnels, soit héréditaires. Dans les deux cas, l'affection débuta vers quatre ans et demi. Les symptômes : soif excessive, amaigrissement, apathie, se rapprochaient beaucoup de ceux du diabète insipide. Chez le garçon même, on crut pendant longtemps avoir affaire à cette maladie, la recherche de l'albumine ayant été une première fois négative. Pour éviter des confusions de ce genre — qui sont peut-être souvent commises — il est donc nécessaire de faire des examens de l'urine répétés et soigneux. La densité un peu plus grande de l'urine (1004-1010), son abondance un peu moindre que dans le diabète insipide, la perte précoce et très prononcée de l'appétit sont encore des éléments de diagnostic.

Les deux enfants moururent: le garçon cinq ans, la fille quatre ans et demi après le début des accidents. Le premier présenta dans les dernières semaines des troubles nerveux : tremblement des membres, exagération des réflexes, accélération de la respiration, arhythmie cardiaque. Chez la seconde, ces troubles furent moins marqués, mais elle eut à la fin des hémorrhagies, en particulier par les gencives.

L'autopsie du garçon put seule être faite. Le rein était atrophié, surtout dans la couche corticale très adhérente à la capsule. Le ventricule gauche du cœur offrait une hypertrophie notable; on trouva enfin des lésions remarquables des centres nerveux. Les circonvolutions cérébrales étaient aplaties; l'épendyme au niveau du quatrième ventricule, était épaissi. Le pont de Varole était à la coupe plus pâle et plus résistant qu'à l'état normal. Le cervelet, très volumineux, était, du côté droit, pâle et sclérosé. La substance grise de la moelle offrait également des îlots de sclérose surtout dans les cornes postérieures.

II. Chez dix-neuf enfants de un à seize mois, atteints de troubles dyspeptiques graves, Lorey a employé avec succès le lavage de l'estomac. Il vide d'abord le contenu de l'estomac (ce contenu s'échappe souvent avec une certaine violence dès que la sonde est introduite) et fait ensuite passer de l'eau tiède *légèrement salée* jusqu'à ce qu'elle ressorte parfaitement claire. Cette petite opération qui se fait toujours sans la moindre difficulté, amène fréquemment un soulagement instantané. L'enfant, qui était anxieux, criard, sans appétit, devient, sitôt le lavage fait, parfaitement tranquille et accepte volontiers la nourriture. Un très petit nombre de lavages faits soit tous les jours, soit à intervalles plus éloignés, suffit souvent à rétablir entièrement la digestion. Le lavage semble surtout agir en éloignant les produits de fermentation qui se forment dans la dyspepsie.

Il est à remarquer que quand la dyspepsie est accompagnée de bronchite, loin d'être contre-indiqué, le lavage produit un grand soulagement en entraînant les mucosités dégluties.

III. Le malade, âgé de quatorze ans et demi n'avait aucun antécédent héréditaire. Il souffrait depuis longtemps de maux de tête et de palpitations.

L'affection débuta par de violentes douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne droite, douleurs suivies au bout de peu de jours d'une parésie du bras et de la jambe du même côté. Un mois plus tard, après une nuit agitée, traversée par toutes sortes d'hallucinations, les mouvements involontaires commencèrent à se montrer dans les membres paralysés en même temps que la parole s'embarrassait et que la prononciation de certains mots devenait impossible. Quinze jours après, la jambe gauche (non paralysée) commençait à s'agiter à son tour; huit jours plus tard, la chorée était généralisée.

Cette chorée fut très intense; il fut même nécessaire de faire manger l'enfant. Mais tous les accidents cédèrent vite à l'électrisation du rachis et à l'emploi de l'arsenic. La rapidité de l'amélioration fait même penser à Scheiber que la chorée généralisée était surajoutée à l'hémiparésie et n'était pas réellement d'origine centrale. On peut cependant admettre que les premiers accidents d'hémiplégie, d'aphasie et même d'hémichorée étaient dus à des embolies, l'enfant offrant une lésion mitrale.

IV. Un enfant d'un an, rachitique, se trouva, après un accès violent de spasme de la glotte, dans un tel état d'asphyxie qu'on eut beaucoup de peine à le rappeler à la vie. Craignant qu'à l'accès suivant il ne mourut avant qu'on eût pu lui porter secours, Glaser se décida à pratiquer la trachéotomie préventive. L'enfant, dans la journée qui suivit, eut d'autres accès qui furent bien supportés; il finit par guérir.

A.-F. Plicque.

CORRESPONDANCE

Hospitalisation des vénériennes (1).

Orléans, le 30 juin 1887.

Mon cher Rédacteur,

Puisque vous faites une enquête sur l'hospitalisation des vénériennes, je pense utile de vous exposer brièvement comment ces malheureuses sont traitées à l'hôpital d'Orléans.

Les salles qui leur sont réservées se trouvent sous les combles; ces salles, mansardées, contiennent comme seul mobilier : les lits, une planche le long du mur et quelques chaises boiteuses. Elles reçoivent le jour (!) par 3 ouvertures percées dans le toit et par lesquelles j'ai vu tomber la neige; une fois j'ai remarqué, au niveau de ces ouvertures, sur le plancher, cinquante centimètres de neige.

Brulantes en été, glaciales en hiver, ces salles sont fermées par des portes verrouillées qui ne s'ouvrent qu'une fois par jour; tous les jours, en effet, et encore faut-il qu'il ne pleuve pas, les malades se rendent, sous la conduite d'une sœur, dans un des jardins de l'hôpital où, pendant une heure, elles font leur provision d'oxygène pour le reste de la journée.

A ces salles, enfin, est annexé l'indispensable cachot fermé par

(1) Voir 1887, t. V, p. 232, 240, 312, 354, 431, 468, 478, 509, 534 ; — t. VI, p. 30.

deux portes ornées d'un luxe de ferrures et de verroux qui ne serait pas déplacé à Mazas.

Le service reçoit, chaque année, une centaine de malades, dont les trois quarts en carte et un quart en maison ; au milieu de ces malades, amenées par la police, on place souvent des femmes absolument libres, qui viennent spontanément réclamer des soins pour une maladie vénérienne quelconque.

Il y a quelques années encore, les syphilitiques, hommes et femmes, étaient privés de vin ; un des médecins, après avoir longtemps et vainement réclamé, prescrivait à chaque malade 120 gr. de vin de quinquina. Désireuse de ménager un médicament, à la prescription duquel elle ne pouvait s'opposer, l'administration finit enfin par octroyer du vin ordinaire.

C'est ainsi que peu à peu, grâce aux instances réitérées du corps médical, le service des vénériens a subi quelques améliorations ; mais si les hommes sont aujourd'hui soumis au même régime que les autres malades de la maison, vous voyez par les quelques détails qui précèdent, combien il reste encore à faire pour améliorer le service des vénériennes.

Un ancien Interne.

Comme on le voit par les lettres que nous avons publiées, nous n'avons nullement exagéré la situation. Loin de là, nous sommes souvent resté au-dessous de la vérité, car par discrétion nous avons souvent hésité à demander divers renseignements qui, pourtant, n'étaient pas dénués d'intérêt. Qu'il s'agisse des hôpitaux de l'Est, du Centre ou du Nord, il est évident que les vénériennes y sont placées dans des conditions aussi déplorables. Voici maintenant ce que nous avons vu à l'hôpital-hospice de Saint-Lô en septembre 1885.

Le pavillon affecté aux vénériennes est situé au fond des cours de l'établissement, dont il est séparé par des murs élevés. On pénètre par une porte basse, épaisse, dans le préau étroit, humide, aride et malsain en tout temps. Le pavillon, dont les murs sont noirs et sales, a un aspect sinistre et presque sordide. La garde en est confiée à une petite femme d'une cinquantaine d'années, à l'air malheureux, que nous avons trouvée en train de rempailler des chaises dans le couloir. A gauche du couloir s'étend le réfectoire avec des meubles en bois, misérables, à peine éclairé par des fenêtres étroites dont les carreaux sont opaques, pourvues de persiennes à feuilles larges, rapprochées, et de barreaux. C'est dans cet endroit qu'était l'unique malade, une femme d'une vingtaine d'années. A droite du couloir est la salle de bains ; les baignoires sont très rapprochées mais séparées par des cloisons en bois, pleines dans leurs 4/5 inférieurs, à claire voie en haut.

Au fond du couloir, il y a un escalier qui conduit au premier étage. A droite, dortoir de 5 ou 6 lits, en harmonie avec le reste; à gauche salle de spéculum, siège en bois recouvert d'une sale paillasse.

Auprès de l'escalier existe une petite pièce mansardée, contenant un petit lit, collé contre le commencement du toit. Entre le lit et l'autre cloison il y a à peine un mètre. Le cube d'air est d'une insuffisance barbare. L'éclairage n'est pas meilleur. Ce réduit sert de cachot. En présence d'un tel service on se demande ce que peut bien être la nourriture et les autres soins.

La Société courrait-elle un danger, les bonnes mœurs seraient-elles en péril si la malheureuse *malade* qui était emprisonnée dans ce bâtiment était dans une salle de malades ordinaires? Nul pourvu de quelque sentiment d'humanité, n'oserait le soutenir. Nous ne saurions trop insister auprès des médecins de l'hospice pour qu'ils se hâtent de mettre un terme à une situation aussi peu digne du *Rocher de la Liberté*.

Bourneville.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments de pathologie externe ; publiés sous la direction du professeur Bouchard (de Bordeaux). — Asselin et Houzeau, 1887, Paris.

Encore un nouveau manuel de pathologie externe, mais cette fois il émane de la province. Paris commencerait-il à perdre le privilège de la fabrication des manuels? Il est vrai que ce nouveau traité de pathologie chirurgicale a des prétentions un peu plus élevées, malgré sa brièveté, car il ne doit se composer que de deux volumes. « L'état des connaissances biologiques, dit l'auteur dans la préface, est aujourd'hui à un degré assez avancé pour justifier une tentative de traité de pathologie chirurgicale reposant sur les bases anatomo-physiologiques. Tous les ouvrages publiés en France, jusqu'à ce jour, ont été surtout une énumération précise et détaillée des phénomènes cliniques souvent sans lien aucun avec les causes anatomo-physiologiques qui les déterminent. » Cette appréciation, on le reconnaîtra, est un peu sévère. L'auteur ajoute qu'il n'a pas voulu faire de l'érudition (d'où suppression de l'historique et des indications bibliographiques), mais du raisonnement scientifique.

Le 1er fascicule du 1er volume aujourd'hui paru date déjà de quelques mois et comprend un grand nombre de chapitres dus à la plume de plusieurs collaborateurs. On y trouvera décrites les modifications nutritives et formatives que peuvent subir les éléments et les tissus, après un résumé sur la constitution des éléments anatomiques et des tissus (ce qu'on aurait pu supposer connu), puis les lésions mécaniques de ces mêmes éléments et tissus. Tout ce qui concerne les complications des plaies (la morve, le farcin, le charbon, la rage, la pourriture d'hôpital, la syphilis, etc., sont placés dans ce chapitre comme accidents pouvant compliquer une plaie par l'intervention d'un virus), la gangrène, les ulcères, les fistules, les gelures, les brûlures, les cicatrices, a été résumé dans cette première partie de l'ouvrage qui se termine par un chapitre sur le pansement des plaies en général.

Le premier chapitre du second fascicule, d'apparition toute récente, débute, comme tous les autres, par des considérations générales sur l'anatomie du système dont on veut étudier les lésions, c'est-à-dire par l'anatomie de la peau et ses annexes. Vraiment de tels chapitres, d'ailleurs écourtés, paraissent sinon déplacés, du moins inutiles, dans un livre qui a la prétention d'être tout à fait élémentaire et qui est un manuel. Si encore on y trouvait des idées neuves ! Il n'y a pas de raison pour ne pas placer en tête de chaque chapitre de pathologie l'anatomie de la région dont on a l'intention de décrire les maladies. Ici, comme dans le 1er fascicule, l'auteur a voulu faire précéder les différents articles de cet ouvrage par un résumé anatomo-physiologique ; nous n'avons pas à discuter le plan qui a été adopté, mais on peut affirmer que l'étudiant déjà instruit, grâce à des études antérieures obligatoires, ira droit au but et ne jettera sur ce résumé anatomique qu'un coup d'œil rapide pour passer de suite au point de pathologie qui l'intéresse. Ce second fascicule comprend l'étude des affections chirurgicales des appareils et des systèmes anatomiques (peau, tissu conjonctif, muscles et dépendances, os, articulations, vaisseaux et nerfs). Il est malheureux et regrettable que cet ouvrage soit édité lentement et ne vienne qu'après le Manuel de MM. Reclus, Peyrot, Bouilly et Kirmisson : c'est là un de ses plus grands défauts. Démonstration nouvelle de l'axiome : chaque chose doit venir à son temps.

VARIA

Congrès international des sciences médicales de Washington.

Nous empruntons au *The Journal of the American medical Association* (2 juillet) les renseignements suivants :

A la dernière réunion du comité exécutif du Congrès, il a été décidé que le montant des cotisations des membres serait réservé à la publication des travaux, et que les 10.000 dollars fournis par le Congrès, ainsi que la plupart des dons individuels ou des sociétés médicales, etc., autant qu'il serait nécessaire, seraient dépensés pour les impressions antérieures à la session, et pour l'installation et l'entretien du Congrès. A une récente réunion de la *Société médicale de l'Illinois*, 750 dollars ont été votés ; 1.000 l'ont été par l'*Association médicale américaine*, 250 par la *Société de l'Etat de Kentucky*, et 100 donnés par la Faculté du Collège médico-chirurgical de Philadelphie. Ces dons, ajoutés à ceux indiqués plus haut, nous assurent le bon état des intérêts financiers du Congrès.

Comme on le voit, les médecins américains ont conve-

nablement doté le Congrès et nous ne doutons pas qu'ils ne prennent toutes les mesures pratiques pour organiser, mieux qu'on ne l'a fait, le fonctionnement du Congrès et la rapide publicité de ses séances. Les organisateurs du Congrès, ainsi que le montre la note suivante, se préoccupent aussi de mettre leurs confrères de l'étranger en mesure de profiter largement de leur séjour à Washington et même aux Etats-Unis.

Les médecins ou autres, désireux d'obtenir des informations ou des références de la Bibliothèque de l'office général de chirurgie (*Surgeon General's Office*) ou de toute autre source à Washington, trouveront avantage à communiquer avec le directeur de ce bureau : Joseph B. Martin, P. O. Lock Box 379, Washington, D. C.

Nous ne saurions trop encourager ceux de nos lecteurs qui le peuvent à se rendre au Congrès. Ils ont là une excellente occasion de visiter les institutions scientifiques, hospitalières et hygiéniques des Etats-Unis, ce qui leur inspirera sans doute une plus vive ardeur pour les réformes de nos propres institutions. Nous ne doutons pas qu'ils ne reçoivent l'hospitalité la plus parfaite.

Nous devons enfin signaler à M. le Ministre de l'instruction publique l'utilité qu'il y aurait à déléguer un certain nombre de médecins au Congrès — le plus possible — à leur faciliter le voyage, et à leur demander des rapports à leur retour. Les raisons en faveur de cette proposition sont trop évidentes pour qu'il y ait lieu d'insister.

B.

Prophylaxie de la syphilis : Rapport de M. A. Fournier (*Suite*).

II. « Introduire un public à Saint-Lazare, répond l'Administration quand on a l'honneur, comme je l'ai eu, de lui proposer cette innovation, pouvez-vous seulement y songer. Mettre en relations chaque jour et pendant plusieurs heures des jeunes gens, des étudiants, avec des filles comme les nôtres, ce serait ouvrir, sous le couvert d'une enseigne médicale, un véritable hall de prostitution. Ce serait offrir à vos élèves des tentations et de trop faciles occasions de débauche; ce serait inciter nos filles à des provocations et des galanteries scandaleuses, ce serait introduire dans nos services l'indiscipline, le désarroi, l'anarchie, etc. Nous nous y refusons absolument. »

Messieurs, nous connaissons les arguments de ce genre et nous savons ce qu'ils valent par expérience personnelle. C'est là, en propres termes, ce qu'objectait Chaptal à M. Ricord, alors que cet illustre maître, au début de sa carrière, s'efforçait de lutter avec les routines administratives et d'ouvrir au public médical le service des vénériennes, alors installé au Midi. C'est là, également, ce qu'on m'a objecté, alors que je voulus essayer — il y a déjà pas mal d'années de cela — d'avoir des cours de syphilis à l'hôpital de Lourcine qui, lui aussi, était un hôpital fermé. Quand je sollicitai de l'Assistance publique l'autorisation qui m'était nécessaire pour cela, je trouvai l'Administration — il y aurait ingratitude de ma part à l'oublier — fort bien disposée en ma faveur et très désireuse de m'être agréable, mais littéralement épouvantée de ma proposition, et cela pour des raisons analogues à celles que vous venez d'entendre. Que lui demandais-je, et qu'allait-il advenir d'une telle aventure! Bref, après de nombreuses hésitations et de longs pourparlers dont je vous ferai grâce, on risqua l'expérience, en m'octroyant le droit d'ouvrir un cours pour *douze* auditeurs. Il en vint davantage, et force fut bien de les admettre. Or, qu'arriva-t-il ? Ce qui seulement pouvait arriver, c'est-à-dire que tout se passa le plus simplement et le plus convenablement du monde, sans le moindre désordre, sans la moindre effervescence, sans la plus légère infraction à la discipline, etc. Si bien qu'aujourd'hui le pli est pris, et Lourcine a un public médical qui y pénètre avec des cartes délivrées par l'Administration et des cours s'y font journellement pour le plus grand profit de ceux qui les écoutent.

Eh bien, il en serait de même, soyez-en sûrs, pour Saint-Lazare. De par l'expérience faite à Lourcine, dont le public n'est pas sans quelque analogie avec celui de Saint-Lazare, de par ce qui se passe dans nos salles, vous pouvez sans crainte, dirons-nous à l'Administration policière, ouvrir à nos élèves, à nos étudiants, les portes de cet hopital N'y admettez (nous le voulons bien et nous sommes les premiers à réclamer cette mesure) que des étudiants d'un certain age, justifiant de seize inscriptions, c'est-à-dire touchant au doctorat. Mais admettez ceux-là, et admettez-les en toute sécurité ; car nous vous garantissons, nous, leurs maitres, qu'ils sauront se conduire là comme ailleurs, c'est-à-dire avec dignité. Libre à vous d'ailleurs, au cas plus qu'improbable de quelque infraction aux règlements hospitaliers et aux convenances communes, de sévir par exclusion sur les délinquants.

Enfin, ajouterons-nous à un autre point de vue, vous trouvez bon et légitime, Messieurs de l'Administration préfectorale, que les femmes syphilitiques qui sont reçues dans nos hôpitaux à nous, hôpitaux de l'Assistance publique, servent à l'éducation spéciale de nos élèves; vous trouvez bon que nous leur exhibions ces femmes dans nos cliniques, que nous leur montrions, nous leur décrivions sur elles les symptômes de la maladie. Et, d'autre part, vous nous refusez vos filles pour le même office ; vous n'entendez pas que vos filles soient utilisées de la même façon pour les besoins de l'enseignement ! Mais s'il est une catégorie de femmes qui doive supporter ce qu'ont de pénible pour la pudeur et la dignité, ces sortes de démonstrations et d'exhibitions, n'est-ce pas plutôt la vôtre que la nôtre ? En fait de pudeur et de dignité, est-ce que vos filles ont rien à perdre ? Tandis que les malades de nos services sont assez souvent des femmes ou relativement ou même absolument honnêtes, telles que de pauvres ouvrières qui expient chèrement une faute, des nourrices infectées par leurs nourrissons, ou même des femmes mariées irréprochables, qui payent la faute de leur mari.

Vous trouvez bon, messieurs de la Préfecture, que nous vous donnions, pour soigner vos filles, des élèves et des docteurs dont l'éducation spéciale ait été faite dans nos services à nous, aux dépens de nos malades. Puis, réciproquement, vous entendez que vos filles ne servent à l'éducation de personne ! En vérité, je vous le demande, dans le différend qui nous divise, de quel côté se trouvent le bon sens et l'équité ?

Venons enfin, et en peu de mots, car j'ai hâte, — comme vous sans doute messieurs, — d'abandonner un sujet jugé, qui ne devrait même pas subir de discussion, venons, dis-je, au troisième argument des partisans du Saint-Lazare cloitré, j'entends interdit au public médical.

« Vous n'êtes pas au courant, nous dit-on, des choses de la prostitution. Vous ne vous doutez pas de ce qu'il nous faut à nous, de circonspection et de discrétion pour couvrir certaines plaies sociales. Ainsi nous avons parmi nos filles inscrites, des femmes qui appartiennent à de très honnêtes et de très honorables familles. Or, qu'arriverait-il si les noms de ces femmes pouvaient être lus par le public sur les pancartes de Saint-Lazare, et, par là, connus, ébruités, divulgués ? C'est que l'infamie de ces femmes, jusqu'alors ignorée, rejaillirait sur leurs familles, etc., etc. »

Voilà, certes, répondrons-nous, un argument dont nous devons tenir compte. Mais, d'une part, ledit argument nous paraît bien singulier, et, d'autre part, le danger que vous signalez là nous semble non moins élémentaire à conjurer.

Comment ! vous supposez que l'indiscrétion d'un étudiant venant à lire un nom sur une pancarte, puis ébruitant ce nom (à supposer qu'il pût se rendre coupable d'une telle infraction à ce qu'on appelle le secret médical, parlons net, d'une telle lâcheté), deviendrait une révélation subite et sidérante sur la qualité d'une fille perdue. Mais cette fille, puisque par hypothèse elle est entre vos mains à Saint-Lazare, c'est que déjà elle a derrière elle tout un passé de débauche, c'est qu'elle a déjà, suivant l'expression technique, roulé dans les lupanars, les lieux publics, c'est qu'elle s'est exhibée dans les théâtres, dans les bals, sur le trottoir, peut-être. Et vous admettez que tout cela, que tous ces antécédents de prostitution *publique* auraient pu rester ignorés, absolument ignorés, jusqu'au jour où le hasard d'une pancarte lue à Saint-Lazare viendrait révéler un secret plus que percé à jour ? Voilà certes qui serait bien extraordinaire, tout à fait extraordinaire ; mais enfin, comme le hasard est immense et l'impossible quelquefois possible, paraît-il, admettons l'hypothèse.

En tout cas, ajouterons-nous, vous auriez un moyen facile d'éviter de telles indiscrétions, puisque vous les craignez par avance. C'est de ne pas inscrire les noms de vos malades sur vos pancartes administratives ; c'est même de vous priver de toutes pancartes au lit de vos malades (ce qui, soit dit incidemment, pourrait bien aussi trouver son application dans nos hôpitaux, car je n'ai jamais compris, pour ma part, ce à quoi pouvait servir cet affichage public des noms, prenoms, âge, domicile, etat social des malades, qui, sous le nom de *pancarte*, s'étale indiscrètement au pied de chaque lit). (*Applaudissements*). Désignez vos malades purement et simplement sous des numéros d'entrée ; dites, par exemple, M^{me} 223, M^{me} 224, etc.; et vous n'aurez plus à redouter, en l'espèce, que les noms des honorables familles auxquelles peuvent appartenir vos malades viennent à être divulgués.

En somme, vous le voyez, messieurs, les plus gros arguments (je n'ai cité que ceux-là) qui sont généralement invoqués pour exclure de Saint-Lazare le public médical, ne comportent pas de valeur sérieuse. En tout cas, ils ne sauraient prévaloir contre les considérations multiples d'un bien autre genre et d'un ordre plus élevé qui réclament, d'une part, la transformation de cette prison, et, d'autre part, l'accès du public médical dans son enceinte. Saint-

Lazare, répétons-le encore, renferme les richesses scientifiques que jusqu'ici de spécieuses raisons ont rendues inexploitées, grâce à ce que M. Le Fort appelait très justement, au sein de votre commission, « une organisation défectueuse et stérilisante. » Il faut que ces richesses soient rendues à qui de droit, c'est-à-dire à ceux qui peuvent s'en servir pour leur éducation spéciale et pour le grand bien de tous.

Saint-Lazare est un grand centre de syphilis, et peut défrayer l'instruction médicale d'un grand nombre d'élèves. Nul doute que s'il était librement ouvert au public, si l'émulation des chefs de service y était stimulée par un entourage d'étudiants, si des cours, des conférences, y étaient installés, il ne contribuât, pour sa part, et pour une large part, à disséminer, à vulgariser ces connaissances syphiliographiques qui font défaut à tant de praticiens. Et peut-être même dans un avenir prochain y aurait-il une école de Saint-Lazare, comme il y a une école de Saint-Louis, de Lourcine, du Midi, et vous savez si cette dernière (M. Ricord m'excusera-t-il de le dire?) a été illustre et féconde. (*A suivre*)

Association scientifique française. — Congrès de Toulouse.

Communications qui seront faites à la 3e section : Sciences naturelles et médicales.

MM. ARDENNE (Dr D'), secrétaire général de la Société de médecine de Toulouse. De l'action de l'extrait de coca dans le traitement des affections douloureuses de l'estomac.— BARROIS (Dr Ch.), maître de conférences à la Faculté des sciences de Lille. Sur les faïences siluriennes et dévoniennes de la Haute-Garonne, d'après les découvertes de M. Maurice Gourdon. — BATTANDIER (Dr), professeur à l'Ecole de médecine d'Alger. Notes critiques sur quelques plantes méditerranéennes. — BEILLE, préparateur à la Faculté de médecine de Bordeaux. La limite de croissance du châtaignier sur les pentes sud-ouest du massif central de la France. — BOSTEAUX (Ch.), maire de Cernay-les-Reims. Les fouilles du cimetière gaulois de Prunay (Marne). — CARTAZ (Dr), secrétaire de la rédaction de la *Revue des sciences médicales*, à Paris. De la tuberculose nasale. — CAZIN (Dr), médecin en chef de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer. Rachitisme chez les animaux. — CAZIN (Maurice), à Paris. Contribution à l'étude des muqueuses gastriques. — COTTEAU (G.), ancien président de la Société géologique de France. Echinides nummulitiques recueillis par M. Maurice Gourdon, dans la province d'Aragon (Espagne). — FAUVELLE (Dr), à Paris. Signe de l'homicide par suffocation. Origine ancestrale de l'homme spécifiée à l'aide de la dentition. — FOURNOL (Dr), directeur de l'Institut orthopédique de Paris. Du traitement de toutes les affections articulaires et de leur guérison, par la réduction et le massage, sans appareils et sans intervention chirurgicale. — GILLET DE GRANDMONT (Dr), à Paris. Deux formes nouvelles de kératite. — GRASSET, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. De l'inspiration saccadée rythmique du cœur. — GUILLAUD (Dr), professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Les zones de végétation de la région du sud-ouest de la France. — HENROT (Dr H.), professeur à l'École de médecine de Reims. De la disparition des tumeurs de l'estomac. — HUCHARD (Dr Henri), médecin de l'hôpital Bichat, à Paris. L'artério-sclérose subaiguë et ses rapports avec les spasmes vasculaires. — JEANNEL (Dr M.), à Toulouse. Observation de pyo-salpyngite tuberculeuse simulant un kyste de l'ovaire. Traitement de l'anus contre nature et des fistules pyo-stercorales. — JOUSSET DE BELLESME (Dr), directeur des établissements de pisciculture de la ville de Paris. Principes généraux du transport de poissons vivants à de grandes distances. — LANGLOIS (Marcellin), professeur de physique à Beauvais. De la vision droite : interprétation nouvelle, basée sur la constitution du nerf optique, et des conducteurs et récepteurs nerveux qui sont à la suite. — LATASTE (F.), zoologiste, à Paris. Sur le système dentaire des porcins. Etude systématique du genre *Daman*. Catalogue des batraciens et reptiles de Barbarie. — LIGNIER (O.), préparateur à la Faculté des sciences de Lille. Recherches sur les Lécythidées. — LEVAT (D.), ingénieur, à Paris. Etude sur les gisements de nickel, de cobalt et de chrome de la Nouvelle-Calédonie. — MAUREL (Dr), médecin principal de la marine à Cherbourg. Pouls rétro-sternal. — MORTILLET (Adrien DE), à Saint-Germain-en-Laye. Cimetière gaulois récemment découvert au Parc-Saint-Maur (Seine). Les monuments mégalithiques dans le département de la Seine. — MOURE (Dr E.-J.), directeur de la *Revue mensuelle de laryngologie*, etc., de Bordeaux. Considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aiguë. — PONCET (Dr A.), professeur à la Faculté de médecine de Lyon. De la greffe cutanée par approche de la valeur thérapeutique des différentes espèces de greffe cutanée. Note sur la cæcotomie. — REY-LESCURE, à Toulouse. Notice sur la carte géologique du département du Tarn. — GACHET-SARRAUTE (Mme), docteur-médecin de la Faculté de Paris. Sur un cas d'hypertrophie utérine. Sur les lavages de l'utérus en gynécologie. Sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus et la dilatation de cet organe dans les cas particuliers. — TOPINARD (Dr P.), professeur à l'Ecole d'anthropologie de Paris. Premiers résultats de l'enquête sur la répartition de la couleur des yeux et des cheveux en France. — VILANOVA Y PIERA, professeur de paléontologie à l'Université de Madrid. Notes sur les roches dioritiques de la province d'Alicante. Calcédoines anhydriques du Salto oriental, dans l'Uruguay. — MUSTON (Dr), à Montbéliard. Le préhistorique dans le pays de Montbéliard et les contrées circonvoisines. — OLLIER, professeur, correspondant de l'Institut, à Lyon. De la résection du genou et de la simplification de son traitement consécutif. — PAMARD (Dr), chirurgien en chef de l'Hotel-Dieu d'Avignon. Deux observations de résection du coude.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 25 — 3e d'*Officiat* (Fin d'année) : MM. Damaschino, Segond, A. Robin.

MERCREDI 27. — 3e d'*Officier de santé* (Définitif) (Hôtel-Dieu) : MM. Pinard, Reclus, Terrillon. — 2e d'*Officiat* (Fin d'année) : MM. Blum, Ch. Richet, Budin.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 25. — M. Farina. Du stéréoscope comme moyen de traitement orthoptique du strabisme. — M. Rossi. Etude sur la relation du système dentaire avec la fissure alvéolaire dans le bec de lièvre latéral complexe de la lèvre supérieure. — M. Lansac. Recherches sur l'hémato-spermie (Ejaculations sanglantes). — M. Petit. De quelques accidents de croissance. — M. Guy. Bilan du traitement de la coqueluche en 1887. — M. Grimodie. Contribution à l'étude de la pathogénie des névrites périphériques. — M. Maréchal. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du testicule en ectopie. — M. Phelisse. Contribution à l'étude des myomes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. — M. de Holstein. Les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids. — M. Enjalran. Etude anatomique et clinique de la glande de Luschka (Angine de Thornwaldt). — *Mardi* 26. — M. Vanhaecke. Du traitement des sections tendineuses par la ténorrhaphie. — M. Bruyelle. Conicité physiologique du moignon. — M. Guibbaud. Des différentes méthodes de traitement du spinabifida et de l'excision en particulier. — M. Landouar. Une observation de myxœdème. — M. Copin. Myélite interstitielle diffuse. — M. Thomas. De la hernie inguinale de l'ovaire. — M. Delaborde. Des rapports de la chlorose chez la femme avec la scrofule et la tuberculose. — M. Thominet. De l'emploi du bromure de potassium dans le diabète sucré. — M. Barès. De l'ascite chez l'enfant. — M. Vétault. Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés. — M. Gaboriaud. Essai sur la pathogénie des amystrophies. — M. Bourgarel. Statistique des tremblements à la Salpêtrière. — Quelques considérations sur le tremblement sénile. — *Mercredi* 27. — M. Filibilin. Contrib. à l'étude de la folie chez les enfants. — M. Fournier. Du traitement des métrites chroniques. — M. Aubel. Contribution à l'étude de la pathogénie du diabète. — *Jeudi* 28. — M. Blaise. Impulsions. — Amnésies. — Responsabilité chez les aliénés. — M. Vollier. Etude clinique sur les péricardites sèches de la base. — M. Heftler. Etude sur les relations de la phtisie pulmonaire avec les maladies du cœur. — M. Chazeaud. Etude clinique sur le morrhuol. — M. Abrial. Contribution à l'étude des abcès mifraires du rein dans la fièvre typhoïde. — M. Hamon. Contribution à l'étude des céphalœmatomes. — M. Bordes. Ce qu'il faut penser des accidents attribués aux injections de sublimé chez les femmes en couches. — M. Janin. Des causes de la mort dans la paralysie générale. — M. Cacarrié. Essai sur les amnésies toxiques. — M. Sainte-Marie. Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. — M. Rayneau. Contribution à l'étude des tumeurs de la région supéro-interne de la cuisse. — M. Coutenot. Des angiomes de la langue. — M. Malet. Contribution à l'étude des abcès pulsatiles de la région précordiale. — M. Ygouf. Essai sur la rage paralytique. — M. Persillard. Essai de diagnostic différentiel sur la chlorose et les maladies qui peuvent la simuler. — M. Lombard. Recherches sur les propriétés du salol. — *Vendredi* 29. — M. Weber. Une ovarite scléreuse. — M. Vinerta. Essai sur les relations de la phtisie pulmonaire avec quelques maladies aiguës. — M. Mavrikos. De l'érysipèle chez les nouveau-nés. — M. Lacoste. Contribution à l'étude de la maladie de Parkinson (De quelques formes anormales). — M. Sourice. — La maladie kystique de la mamelle (Maladie de Reclus). — M. Bargy. Contribution à l'étude clinique des ostéosarcomes. — M. Bigorre. Considérations sur les épilepsies partielles. — M. Schröder. Contribution à l'étude de l'ictère syphilitique secondaire. — M. Duchesne. De la cocaïne et de ses principales applications en thérapeutique. — M. Car[illegible]. Etude sur les Vaselines liquides comme véhicule dans la méthode hypodermique. — M. Code. Traitement des loupes. — *Samedi* 30. — M. Rojas. Contribution à l'étude du diabète sucré chez l'enfant. — M. Suzor.

La rage. — M. Hommey. Contribution à l'étude anatomique des kystes du rein.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements — M. le Dr FOURNEL fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à 5 heures. Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales et interrogés sur les matières des examens. Un nouveau cours commencera le 6 août. S'adresser, pour renseignements et pour s'inscrire, au Dr Fournel, 20, rue de la Michodière.

FORMULES

III Poudre contre les engelures. E. BESNIER.

Salicylate de bismuth. . . . . 10 grammes.
Amidon . . . . 90 id.

Mêlez. On plonge les mains gonflées par les engelures dans un bain de décoction de feuilles de noyer, on les essuie ; on les frictionne avec de l'alcool camphré, puis on les couvre de la poudre ci-dessus. Le soir, pour calmer les démangeaisons, après le bain de feuilles de noyer, on frictionne les doigts avec la solution suivante : glycérine et eau de rose, ãã 50 gram. ; tanin, 10 centigr. — Cela fait, on les couvre de nouveau de la poudre d'amidon et bismuth. Lorsque les engelures sont ulcérées, on les enveloppe de feuilles de noyer ramollies par décoction dans l'eau (*Montpellier médical*, tome IX, n° 2, 1887).

IV. Dissolution du menthol dans la vaseline liquide.

Différents journaux de médecine ont reproduit récemment une formule permettant de dissoudre certains médicaments, entre autres le menthol, et l'ont attribuée à tort au Dr Rosenberg. En effet dans le n° du 12 septembre 1885, notre collaborateur le Dr Baratoux traitant la question du menthol, à propos d'un article du Dr Rosenberg qui préconisait les solutions éthérées et alcooliques, proposa de remplacer ces solutions par la pétro-vaseline ou vaseline liquide. Cette formule a donc mis 18 mois pour nous revenir d'Allemagne.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 juillet 1887 au samedi 16 juillet 1887, les naissances ont été au nombre de 1197, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 443 ; illégitimes, 169. Total, 612. — *Sexe féminin* : légitimes, 438 ; illégitimes, 147. Total, 585

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 juillet 1887 au samedi 16 juillet 1887, les décès ont été au nombre de 894, savoir : 487 hommes et 407 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 18. T. 24. — Variole : M. 5, F. 5, T. 10. — Rougeole : M. 8, F. 15. T. 23. — Scarlatine : M. 5, F. 4, T. 9. — Coqueluche : M. 5, F. 1. T. 6. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 12, T. 25. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 85, F. 62. T. 157. — Autres tuberculoses : M. 14 F. 6. T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8. T. 8. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 27. T. 46. — Méningite simple : M. 15, F. 13. T. 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 16. T. 37. — Paralysie : M. 3, F. 3. T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 8. T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 21. T. 42. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 5 T. 12. — Bronchite chronique : M. 8, F. 14. T. 22. — Broncho-Pneumonie : M. 11, F. 5. T. 16. — Pneumonie M. 24, F. 17. T. 41. — Gastro-entérite, biberon : M. 26, F. 24. T. 50. — Gastro-entérite, sein : M. 14, F. 15. T. 29. — Autres gastro-entérite : M. 8, F. 5. T. 13. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 16, F. 6, T. 22. — Sénilité : M. 11, F. 9. T. 20. — Suicide : M. 14, F. 5. T. 19. — Autres morts violentes : M. 14, F. 4. T. 18. — Autres causes de mort : M. 99. F. 61. T. 140. — Causes restées inconnues : M. 3. F. 2. T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 14. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 26 ; illégitimes, 10. Total : 36.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le registre d'inscription des candidats à la chaire de physiologie, vacante par suite du décès de M. Béclard est close. Les deux seuls candidats inscrits sont : MM. les Drs Reynier et Charles Richet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale.* — Ce concours a commencé lundi 4 juillet dernier. Les candidats ont eu à l'épreuve de médecine opératoire (un quart d'heure) : *Désarticulation du coude.* Autres questions dans l'urne : *Amputation de la jambe au lieu d'élection* ; *ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes.* Le second jour, épreuve d'histologie pratique. Les candidats ont eu à examiner un *sarcome du sein*, au point de vue macroscopique et microscopique ; à reconnaître diverses préparations histologiques et à déterminer la nature d'un liquide de *kyste ovarien.* A la dernière épreuve, examen clinique de deux malades et dissertation de vingt minutes, après vingt minutes de réflexion. — Sont nommés : MM. PRINCETEAU et PHILIPOT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Concours pour l'emploi d'aide de physiologie et pour celui d'aide d'anatomie pathologique et d'histologie.* — M. CANNAC va être présenté à la nomination de M. le Ministre pour l'emploi d'aide de physiologie ; M. ARRIVAT, pour l'emploi d'aide d'anatomie pathologique et d'histologie.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. COMBES soutiendra, le 20 juillet, à huit heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : *Nouvelle réaction du chlorure d'aluminium, synthèses dans la série grasse.* — Le même jour, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de mathématiques de la Sorbonne, M. COLOMB soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : *Les stipules.*

HÔPITAUX DE PARIS. *Prix de l'internat.* — On annonce que la Commission des hôpitaux de Paris, après la lecture d'un rapport de M. Horteloup, est disposée à introduire quelques modifications dans le concours des prix de l'internat. — Les internes, par l'intermédiaire de l'Association des internes, ont l'intention de demander qu'il y ait deux concours : un pour les chirurgiens, un pour les médecins. — *Concours des chirurgiens du Bureau central.* — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. TUFFIER et PICQUÉ. — *Concours pour le prosectorat des hôpitaux.* — Les candidats inscrits sont au nombre de 3 ; ce sont : MM. Thiéry, Demoulin et Sébileau. Le jury se compose de MM. Désormeaux, Tillaux, Périer, Moutard-Martin, Legroux, Panas, Péan.

HÔPITAL SAINT-JEAN A BORDEAUX. — *Concours pour deux places d'interne.* — Les épreuves du concours pour deux places d'interne ont eu lieu récemment. Douze concurrents étaient inscrits. On a établi deux séries. Les questions, tirées au sort, ont été les suivantes : Pour la première série, *urèthre, blennorrhagie chez l'homme, cathétérisme.* Pour la seconde série, *vessie, épididymite, saignée du bras.* Le jury a désigné MM. CHEMINADE et ROUGIER comme devant être proposés à l'Administration pour être nommés internes.

HÔPITAUX DE NANTES. — M. le Dr PERROCHAUD vient d'être nommé médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

HÔPITAUX DE POITIERS. — M. le Dr R. BERLAND vient d'être nommé médecin-adjoint des hôpitaux de Poitiers.

HÔPITAUX DE TOURS. — Un concours pour la nomination à deux places d'interne titulaire en pharmacie et à deux places d'interne provisoire aura lieu le 25 juillet à Tours.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Lundi dernier, M. Pasteur a été nommé secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES DE WASHINGTON. — La Compagnie transatlantique donne avis à ceux de nos confrères qui auraient l'intention de se rendre au Congrès, qu'elle réservera dix places aux membres du corps médical, avec 30 0/0 de réduction, sur chacun de ses paquebots qui partiront du Havre le 30 juillet, les 6, 13, 20 et 27 août. Il faut retenir ses places d'avance, au siège de la Société, 6, rue Auber.

CHOLÉRA EN AUTRICHE. — On a constaté un second cas de choléra à Buda-Pesth. (Dépêche du 20 juillet).

CHOLÉRA EN ITALIE. — Le choléra continue à sévir en Sicile. Aux environs de Catane, le nombre des cas augmente. A Palerme, l'état sanitaire semble assez bon. Cependant à Catane il y a eu 14 à 15 cas de choléra par jour et plusieurs cas se sont également produits à Francofonte et à Palerme. On a constaté 5 cas de choléra à Grotte, province de Caltanisetta. (Dépêche du 20 juillet).

CRÉMATION. — La Société de crémation de Zurich a pris la résolution de mettre au concours les travaux nécessaires pour l'édification d'un crématorium. Il circule du reste en Suisse, et surtout à Bale, des pétitions demandant au grand Conseil de décréter

l'autorisation facultative de la crémation comme cela est prévu dans l'art. IV de la loi sur les sépultures.

HOMMAGE A M. LE Dr ESPIAU DE LAMAESTRE. — L'affection et le respect dont M. Espiau de Lamaëstre, l'honorable directeur de Ville-Evrard, est l'objet, se sont traduits hier après-midi, dit le *Gil-Blas* du 17 juillet, par une manifestation dont le caractère intime et spontané a remué tous les cœurs. Tout le personnel des internes, gardes, infirmiers, etc., a tenu à témoigner de son attachement à M. Espiau de Lamaëstre et à lui donner un gage de sa reconnaissance pour les services qu'il a rendus en lui offrant, par souscription, une croix de chevalier de la Légion d'honneur, qu'un décret présidentiel vient de lui conférer.

MÉDECINS DES ASILES. — M. le Dr CORTYL, directeur-médecin en chef de l'Asile de Saint-Yon, est appelé, sur sa demande, à la direction de l'Asile de Bailleul (Nord). — M. le Dr GIRAUD fils, directeur-médecin en chef de l'Asile de Fains (Meuse), est appelé à la direction de l'Asile de Saint-Yon.

MÉDECINS DE LA MARINE. — MM. AUGIER, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, et ERNONET, aide-médecin de la marine, démissionnaire, docteur en médecine, ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DES MALADIES EXOTIQUES AU HAVRE. — Un Congrès national scientifique ayant pour but l'étude de la prophylaxie des maladies pestilentielles exotiques à bord des navires en cours de voyage, aura lieu au Havre les 5 et 6 août 1887. Ce Congrès est organisé par la Société d'hygiène du Havre, avec le patronage de la chambre de commerce de cette ville. Ceux des membres de la Société qui voudraient y prendre part sont invités à en informer *de suite* M. le Dr GIBERT, 41, rue Séry, au Havre, ou M. le Dr LAUNAY, directeur du bureau d'hygiène du Havre.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr TARDIF, de St-Julien (Haute-Vienne), décédé après 48 années d'exercice de médecine. — M. le Dr SAISSET, de Ceiller (Hérault). — M. le Dr Constant PELLARIN, ancien médecin principal de la marine. — M. le Dr MAZERY (de Paris). — Nous apprenons la mort du Dr BLANC, d'Anduze (Gard). — M. le Pr TERQUEM, professeur à la Faculté des sciences et à la Faculté de médecine de Lille, correspondant de l'Institut. M. Terquem était né à Metz le 10 janvier 1837 et fut élève de l'Ecole normale supérieure. Il fut d'abord professeur de physique au lycée de Metz, puis à la Faculté des sciences de Strasbourg. Après la guerre de 1870, il fut nommé à Lille. On connaît ses travaux sur l'acoustique et la chaleur. — M. le Dr PAILLOUX (de St-Ambreuil), mort à 86 ans. — M. le Dr CLOPIN (de Saint-Jean-de-Losne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

BARATOUX ET DUBOUSQUET, LABORDERIE. — **Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les pertes de substance cutanée et muqueuse.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

BUDIN (P.). — **Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus.** — Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

PICARD (H.). — **L'infiltration urineuse (Mécanisme, anatomie pathologique, symptômes, pronostic et traitement.** — Broch. in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 c.

RELIQUET. — **Persistance du canal de Muller (Hydronéprose du rein et de l'urèthe droits pyélo-néphrite calculeuse du rein gauche très-hypertrophié)** Broch. in-8 de 23 pages, avec 3 figures. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

ORÉ. — Hygiène des maternités. Résultats de huit années d'observation à la maternité de Pellegrin (Bordeaux). Brochure in-8° de 74 pages, avec 2 plans hors texte.

DUPOUY (Ed.). — La prostitution dans l'antiquité, Etude d'hygiène sociale. Volume in-8° de 219 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, 1887. — Librairie Meurillon, 16, rue Serpente.

FRAIPONT (F.). — Extirpation des deux ovaires et des trompes dans un cas d'ovarite chronique, avec phénomènes hystériques. Brochure in-8° de 16 pages. — Liège, 1887. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

GUARDIA (V. de la). — Algunas consideraciones relativas à la fiebre tifoidea. Brochure in-8° de 64 pages, avec nombreux tracés. — Habana, 1887. — Alvarez y compania.

MASSALONGO (R.). — L'atrofia muscolare nelle paralisi isteriche. Brochure in-8° de 9 pages. — Napoli, 1886. — Detken.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

MOTAIS. — Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés. Déductions physiologiques et chirurgicales (Strabisme). Volume in-8 de 304 pages, avec 13 planches et nombreuses figures.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

APOSTOLI (G.). — Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine Brochure in-8 de 70 pages avec figures. — Prix : 2 fr.

LE CLERC (J.-R.). — L'angine de poitrine hystérique. Volume in-8 de 166 pages. — Prix : 3 fr.

POISSON (L.). — Voyage chirurgical en Allemagne. Notes et impressions. Volume in-8 de 134 pages, avec 12 plans dans le texte. — Prix : 3 fr.

Librairie GAUTIER-VILLARS, 55, quai des Grands-Augustins.

VULPIAN (M.). — Statistique générale des personnes qui ont été traitées à l'Institut Pasteur, après avoir été mordus par des animaux enragés ou suspects. Brochure in-4 de 7 pages.

Librairie A. MALOINE, 91, boulevard St.-Germain.

Bibliographie méthodique des livres de médecine, chirurgie, pharmacie, art vétérinaire, etc., suivie de la table générale des noms d'auteurs par ordre alphabétique. Brochure in-8 de 60 pages. — Cette bibliographie est envoyée gratuitement.

CHAUVET (Ch.). — Des indications des eaux de Royat dans les affections pulmonaires. Brochure in-8 de 20 pages. — Lyon, 1887. — Association typographique.

MAYOR (A.). — Tumeur érectile traitée par l'électrolyse. Brochure in-8 de 4 pages. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse Romande*. — Genève. 1886. — H. Georg.

MAYOR (A.). — Note sur l'auscultation simultanée des cœurs des deux fœtus dans la grossesse gémellaire. Brochure in-8 de 4 pages. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse Romande*. — Genève, 1886. — H. Georg.

PROFANTER (P.). — Die massage in der gynékologie. Volume in-8 de 91 pages, avec 34 figures. — Wien, 1887. — Librairie Braunmuller.

WILLE (L.). — Bericht uber die Inenanstalt Basel, 1886. Brochure in-8 de 31 pages. — Basel, 1887.

STEINSCHNEIDER. — Aus der Klinik des Herrer Professor Dr Neisser in Breslau. Brochure in-8 de 11 pages. — Berlin, 1887. — Schumacher.

CHINA. — Imperial maritime customs. Medical reports, for the half Kear ended 30 th septembre 1886 32nd Issue. Volume in-4 de 76 pages, avec 1 planche et graphiques hors texte. — London, 1886. — Kingston.

IRELAND (W.). — The insanity of king Louis II of Bavaria. Brochure in-8 de 15 pages. Extrait du *Journal of mental science*. — London, 1886.

JACOBI (A.). — Follicular amygdalites. Brochure in-8 de 16 pages. — New-York, 1886. — Bookbinding company.

STEPHENSON (F.-B.). — Arabic and Hebrew in anatomy. Brochure in-8 de 10 pages. — New-York, 1886. — *New-York medical journal*.

Librairie G. MASSON, 120, boulev. St.-Germain.

BERTIN-SENS. — Theatres. Brochure in-8 de 31 pages, extraite du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Librairie G. STEINHEIL, 2 rue Casimir-Delavigne.

ST-GERMAIN (de) et VALUDE (E.). — Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants. Préface par M. le professeur Panas. Volume in-18° de 612 pages, avec 116 figures. 8 fr. 50

BERTILLON (A.). — Les signalements anthropométriques. Méthode nouvelle de détermination de l'identité individuelle. Conférence faite au pénitentiaire international de Rome. Allocution de M. Louis Herbette Brochure in-8 de 31 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Contribution à la théorie infectieuse de la furonculose. Cas de pneumonie parasitaire furonculeuse ;

Par le Dr Ernest CHAMBARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin adjoint des Asiles d'aliénés de la Seine.

Le furoncle et l'anthrax ne sont pas rares chez les aliénés et surtout chez les paralytiques généraux. D'une bénignité le plus souvent remarquable, ces manifestations cutanées de la furonculose évoluent souvent chez eux sans douleur, sans fièvre, sans troubles notables des fonctions organiques : très sobre à leur égard d'intervention chirurgicale, nous les traitons par les toniques et l'iodoforme et nous voyons guérir en une quinzaine de jours des anthrax de la largeur de la main.

Parmi les cas de furonculose que nous avons observés à Ville-Evrard, du commencement de 1886 au milieu de 1887, un seul s'est terminé par la mort. Nous trouvâmes, à l'autopsie, une pneumonie très analogue à celle de la morve dont nous soupçonnâmes le caractère infectieux et les relations avec l'affection cutanée initiale; l'examen histologique et bactériologique vint confirmer cette hypothèse. Nous croyons intéressant de publier ce cas qui nous paraît propre à montrer le rôle que joue le parasitisme dans la détermination et la marche de la furonculose.

I.

La théorie infectieuse de la furonculose, entrevue par Hueter, admise par Pasteur et soutenue avec talent par M. Lœwenberg repose sur deux ordres d'arguments : les uns, d'ordre clinique, sont tirés de l'étiologie et de la symptomatologie de l'affection; les autres, fruits de recherches bactériologiques encore récentes, reposent sur la découverte, dans le pus furonculeux, d'un microbe sinon spécial, du moins constant et cultivable à l'état de pureté.

1° *Arguments d'ordre clinique.* — L'on sait depuis longtemps qu'à la manière des maladies infectieuses la furonculose peut revêtir un caractère *épidémique*. Nous devons à Th. Laycock (1) la relation d'une épidémie de furoncles qui régna en Angleterre de 1840 à 1850. Hamilton Kinglake (2) a observé à Traunton, dans le comté de Somerset, une épidémie de furoncles, de panaris furonculaires et d'anthrax qui succéda à une épidémie de scarlatine maligne et régna pendant six mois dans un rayon de plus de 20 lieues. Hunt (3), Tholozan (4) ont rapporté des faits analogues et M. Denucé (5) a signalé le caractère endémique de la furonculose dans le Bordelais : « Il est certain, dit ce chirurgien, après dix ans d'étude à Paris et quinze ans de pratique à Bordeaux que, dans nos contrées, les furoncles, les anthrax, les anthrax surtout, sont plus fréquents, atteignent des proportions plus considérables et revêtent des formes plus graves qu'à Paris. » M. Lœwenberg (1), enfin, au cours d'un travail auquel nous ferons de nombreux emprunts, parle d'épidémies saisonnières de furoncles de l'oreille.

Comme les maladies infectieuses, la furonculose *est contagieuse*. Trastour (2) a communiqué, en 1840, à l'Académie des sciences, l'histoire de quatre religieuses qui contractèrent des furoncles aux mains, à l'avant-bras et au visage en soignant une de leurs sœurs atteinte de furoncle des fesses ; une cinquième religieuse, qui prenait part aux mêmes soins échappa à la contagion. Atteinte autrefois de furoncles digitaux pour avoir pansé une malade atteinte d'anthrax grave et instruite par cette expérience, elle avait eu soin de laver les linges contaminés par sa correligionnaire avant de les toucher. Le professeur Herrgott (3) vit se développer chez cinq femmes de la Maternité de Nancy, sur les fesses, à la partie supérieure des cuisses et la région du sein des éruptions furonculaires que l'on put attribuer à l'usage en commun d'un bassin qui avait préalablement servi à une femme atteinte de cette affection. Un nettoyage sérieux du vase à l'aide de la liqueur de Van Swieten mit fin à cette petite épidémie. M. Lœwenberg aussi n'hésite pas à affirmer la contagiosité de la furonculose et rapporte trois observations qui sont, à cet égard, assez démonstratives.

« Quand on a un clou, dit le proverbe, on est sûr d'en avoir neuf. » Chiffre neuf à part, rien n'est plus exact, dans un certain nombre de cas, et le caractère successif que présentent certaines éruptions furonculeuses est dû, ainsi que M. Lœwenberg l'a bien démontré, à leur *autoinoculation.* L'on sait, d'ailleurs, que le furoncle confluent, l'anthrax, débute presque toujours par un furoncle isolé, quelquefois par un petit nombre de furoncles distincts, mais très rapprochés. « Sur la zone rouge de ces furoncles primitifs, dit M. Denucé, se développe une couronne de furoncles nouveaux autour desquels apparaît une nouvelle zone qui peut elle-même devenir le point de départ d'une nouvelle éruption furonculeuse. » Quelques recherches de M. Lannelongue démontreraient même l'inoculabilité de la furonculose; elles n'ont pas été, que nous sachions, répétées.

La *marche* et les *complications* de la furonculose fourniront, enfin, un dernier et puissant argument en faveur de notre thèse. Depuis longtemps les chirurgiens opposaient aux formes bénignes du furoncle une forme maligne, heureusement plus rare, et malgré le trait d'esprit de l'un d'eux, soutenant que l'anthrax n'était malin que lorsque le chirurgien ne l'était pas, cette distinction si juste était demeurée classique. Les observa-

(1) Th. Laycock. On the pathology and treatement of contagious furonculoid. *Edimburgh medical journal*, 1856.

(2) H. Kinglake. *The Edimburgh montly Journal*, T. XV, 1842, *Dublin medical Press*, 1852.

(3) Hunt. On carbuncles and Boils. The Lancet, L. II, 1852.

(4) Tholozan. Note sur l'epidemicité de certaines affections du tissu cellulaire et particulièrement du panaris, du furoncle et de l'anthrax. *Gazette médicale de Paris*. 185[illegible].

(5) Denucé. Des formes malignes du furoncle et de l'anthrax. *Congrès medical de France*, Bx., 1865 ; *Mémoires de la Soc. Chir.* de Bx., 1866 ; Article Furonculose in *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques.*

(1) Lœwenberg. Du furoncle de l'oreille et de la furonculose. *Progrès médical*, 1886.

(2) Trastour. *Comptes rendus et Courrier medical*, 1880.

(3) Herrgott. Une epidemie de furoncles a la Maternite de Nancy. *Annales de gynécologie*, 1886.

tions de Stanley (1), Lloyd (2), Wagner (3) et Weber (4), continuées par les recherches importantes de Trüde (5), et répétées depuis par un grand nombre de chirurgiens, avaient d'ailleurs montré, depuis longtemps, la gravité toute particulière du furoncle de la face et sa terminaison relativement fréquente par une phlébite suppurée de la veine ophthalmique. L'on sait aujourd'hui, à n'en pas douter, que la furonculose peut se compliquer d'érysipèle, d'infection purulente, affections dont la nature parasitaire nous est démontrée et, paraît-il, d'une forme particulière d'infection putride. Cette dermatose se comporte donc comme la pustule maligne et comme la tuberculose elle-même et en fait, comme elle, rayonne de son point d'inoculation à des régions qui affectent avec lui des connexions vasculaires ou même dans l'organisme tout entier; aussi n'avaient-ils pas tout à fait tort ces premiers observateurs qui, se trouvant en présence d'un anthrax de la lèvre compliqué d'infection purulente, crurent à l'existence d'un virus furonculeux analogue au virus charbonneux.

2° *Arguments d'ordre microbiologique.* — Si la nature parasitaire d'une maladie infectieuse est probable lorsque cette maladie est épidémique, contagieuse, inoculable et susceptible de généralisation, cette probabilité s'approche de la certitude, si l'on découvre au sein des humeurs et des tissus du malade un microbe capable de reproduire chez un animal de même espèce, après isolement et culture, une maladie identique. Sans être encore complète, la démonstration microbiologique de l'origine parasitaire de la furonculose est commencée et le dernier mot du problème, le plus important il est vrai, reste seul à résoudre. Hueter (6) attribuait déjà la genèse du furoncle au développement d'un Schizomycète, lorsque M. Pasteur (7), en 1880, découvrit dans le pus furonculeux un microbe aérobie cultivable dans l'eau de levure et le bouillon de poule, auquel il n'hésita pas à rattacher l'affection cutanée. « Il paraît certain, écrivait l'illustre savant, que tout furoncle renferme un parasite microscopique aérobie et que c'est à lui que sont dues l'inflammation locale et la formation du pus qui en est la conséquence. » Il ajoutait même, à propos d'un cas d'ostéomyélite que lui avait présenté M. Lannelongue et dans lequel il avait rencontré le même microbe : « Si j'osais m'exprimer ainsi, je dirais que, dans ce cas du moins, l'ostéomyélite a été un furoncle des os. » Généralisation qui parut alors un peu hardie, mais qui nous semble aujourd'hui très légitime.

Au dire de M. Marchand (8), Salisbury aurait trouvé, de son côté, dans le furoncle et l'anthrax, un parasite auquel il aurait donné le nom de *Crypta carbuncula*. A l'occasion de ses recherches sur la furonculose de l'oreille, M. Lœwenberg retrouva et cultiva le microbe de M. Pasteur; mais nous ne pensons pas qu'on ait encore réussi à l'inoculer à l'homme ou aux animaux supérieurs.

Dans leur précieux *Traité de bactériologie*, MM. Cornil et Babès (1) consacrent une page au microbe de la furonculose. Ils le regardent comme un *staphylococcus pyogenes aureus* de Rosenbach, constitué par des petits cocci disposés par deux, rarement par quatre, fréquemment associés en amas et donnant, sur la gélatine et surtout sur l'Agar-agar, une belle culture jaune orange. Il n'est, d'ailleurs, nullement propre au furoncle ou à l'anthrax et on le rencontre dans un grand nombre d'affections suppuratives telles que la pyohémie, l'ostéomyélite et la fièvre puerpérale.

L'observation que l'on lira plus loin, bien que très incomplète à plusieurs égards, nous paraît fournir un appoint à la fois clinique, histologique et microbiologique à la théorie parasitaire de la furonculose que nous soutenons après Pasteur et M. Lœwemberg. Elle nous offre, de plus, un exemple peut être unique de pneumonie que ses caractères anatomo-pathologiques et microbiologiques permettent de regarder comme une pneumonie infectieuse, directement liée à une infection d'origine furonculeuse. (*A suivre*).

(1)-(2) Stanley et Lloyd. Cases of poisoned Pustule of the Lip. Th. Lancet, 1851.

(3) Wagner Bezechungen zwischen der Melituris und dem Carbunkel. In *Arch. fur Pathol. Anat. u. Physiologie*, 1857.

(4) Weber. Uber Carbunkelartige Entzundungen an Gesichte, in Virchow's, *Arch.* 1857.

(5) Trude. Hosp. Tiende, 1860.

(6) Hueter. Allgemeine Chirurgie; in *Schmidt's Jahrbücher* C L. XIV.

(7) Pasteur. De l'extension de la théorie des germes à l'étiologie de quelques maladie communes. *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*. L XXXX. 3 mai 1880.

(8) Marchand. Botanique cryptogamique 1883.

(1) Cornil et Babès. Les Bactéries, 2e édition, 1886.

PATHOLOGIE EXTERNE

Kyste hydatique sus-prostatique et kyste hydatique du foie ;

Par M. WALTHER, prosecteur des hôpitaux (2).

Ces pièces ont été recueillies à l'amphithéâtre des hôpitaux sur un sujet auquel on avait pratiqué une coupe verticale antéro-postérieure du bassin. Apercevant sur la surface de coupe des vésicules hydatiques, je reconnus immédiatement qu'elles provenaient d'une cavité kystique divisée par la section du bassin et située entre la vessie et le rectum. Chacune des moitiés de ce kyste contenait encore quelques vésicules et un peu de liquide absolument clair.

L'examen de la pièce montre que ce kyste siège précisément sur la ligne médiane. Son volume est celui d'une petite pomme d'api. Le déplissement et la tension des parois permettent de penser que sa forme devait être à peu près régulièrement arrondie.

Il est placé entre la vessie et le rectum à 1 centimètre au-dessus de la base de la prostate. Sa face supérieure est en rapport avec le cul-de-sac péritonéal recto-vésical auquel elle adhère assez fortement.

Sa face antérieure et sa face postérieure sont recouvertes par des tractus longitudinaux qui semblent n'être qu'une dissociation des fibres de l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers. On peut assez facilement avec le manche du scalpel décoller ces fibres des faces correspondantes du kyste.

La base du kyste n'a point de rapport intime avec les vésicules séminales et les canaux déférents qui ne lui sont unis que par des adhérences lâches et se trouvent un peu refoulés en dehors.

Quand on examine la surface de coupe, on voit d'une façon très nette la lame d'apparence cellulo-fibreuse qui part de la base de la prostate se diviser en deux feuillets assez résistants, épaissis, qui montent l'un en avant, l'autre en arrière du kyste et vont par leur réunion coiffer son extrémité supérieure en constituant les adhérences qui l'unissent au cul-de-sac péritonéal recto-vésical.

Le 25 juin 1884, M. Nicaise, dans un rapport sur une observation de kyste hydatique de la prostate, envoyée par M. Millet à la Société de chirurgie, a réuni trente-trois cas de kystes hydatiques du bassin siégeant au voisinage de la prostate. Il rappelle une observation clinique de M. Tillaux qui, en 1883, a ouvert un kyste hydatique que l'exploration avait permis de localiser dans la prostate. L'observation de M. Millet lui semble moins probante, car le kyste avait un

(2) Communication à la *Société anatomique*. Décembre 1886.

volume considérable et avait pu refouler ou envahir consécutivement une partie de la glande. Deux cas de Lodwell et de Butreville, signalés comme kystes de la prostate et dans lesquels l'autopsie put être faite, manquent de détails anatomiques suffisants. Les autres cas rapportés par M. Nicaise ont trait à des kystes qui se sont développés en dehors de la prostate, et semblent n'avoir avec elle que des connexions secondaires.

Il m'a semblé intéressant de présenter cette pièce à cause de la détermination précise du siège primitif du kyste, qui est encore petit et n'a point contracté d'adhérences avec les organes voisins.

Le même sujet a un kyste hydatique du foie. Ce kyste, du volume d'une tête de fœtus, a envahi et détruit tout le lobe droit. Il est peu saillant du côté de la face supérieure dont il exagère la convexité, mais qui présente encore une lame de tissu hépatique, d'une épaisseur de 1 centimètre environ; elle s'amincit progressivement sur le bord droit, de sorte qu'à la face inférieure, la paroi du kyste est absolument à découvert, blanche, fibreuse, de consistance inégale, mamelonnée de deux bosselures superficielles, à paroi très mince. La tumeur s'arrête au voisinage du sillon de la vésicule biliaire et n'exerce aucune compression sur les voies biliaires. La fluctuation est partout très facile à sentir et la percussion, en un point quelconque de la tumeur, détermine très nettement le frémissement hydatique.

Un prolongement diverticulaire du kyste rampe sur la face supérieure du foie et s'avance jusqu'au lobe gauche. Il a une longueur de 12 centimètres et une largeur de 3 centimètres environ. La paroi est blanche, épaisse, fibreuse; on peut constater qu'il contient du liquide et que ce liquide communique, assez difficilement il est vrai, avec celui qui occupe la grande poche.

L'incision de la tumeur met à découvert une masse molle, tremblottante, constituée par des vésicules de toutes dimensions, et ne donne issue qu'à une très petite quantité de liquide libre, deux cuillerées à peine.

La grande cavité communique avec le prolongement signalé sur la face supérieure par un orifice assez étroit, admettant avec peine l'extrémité du petit doigt et présentant un bord tranchant formé par une bride fibreuse disposée comme une valvule entre les deux cavités.

Ce kyste hépatique offre donc surtout deux particularités intéressantes : 1° l'existence d'un frémissement hydatique très accentué dans une poche qui ne contenait que des vésicules avec une quantité presque négligeable de liquide libre (1); 2° l'existence d'un prolongement diverticulaire séparé de la cavité principale par un orifice étroit et en partie bridé par une valvule fibreuse. On peut penser en effet qu'une pareille disposition pourrait entraîner l'oblitération de l'orifice, l'isolement du diverticule, qui se développerait ensuite d'une façon indépendante, alors même qu'une intervention opératoire eût été dirigée contre la tumeur principale.

(1) Voir la théorie du frémissement hydatique admise et développée par M. Tillaux à l'avant dernière séance de la Société de Chirurgie. (*N. de la R.*).

Missions scientifiques. — Est et demeure rapporté l'arrêté du 23 juin 1887, qui chargeait M. le Dr Kühn, membre du comité d'orgrnisation de l'exposition de 1889, d'une mission pour étudier, au congrès médical de Washington, les instruments de chirurgie, et notamment ceux qui intéressent l'art dentaire. — M. Kühn, membre du comité d'organisation de l'exposition de 1889, est chargé d'une mission aux Etats-Unis pour y visiter les écoles dentaires et étudier tout ce qui se rattache à ces établissements. — M. Paul Aubry, externe des hopitaux, membre de la Société de géographie commerciale de Paris, est chargé d'une mission en Russie pour y étudier l'organisation des hopitaux. — M. le Dr Baratoux, médecin à Paris, est chargé d'une mission au Canada et aux Etats-Unis, en vue d'y étudier l'enseignement de la rhinologie, de l'otologie et de diverses affections du larynx. — M. Munier Chalmas, sous-directeur du laboratoire de géologie à la Faculté des sciences de Paris, est chargé d'une mission dans l'Italie du Nord, l'Istrie et la Dalmatie, à l'effet d'y poursuivre des recherches géologiques.

PATHOLOGIE EXTERNE

Remarques sur dix cas d'opération pratiqués sur le crâne et le cerveau;

Par V. Horsley.

Depuis quelques années la chirurgie du cerveau a pris une importance très grande. Les travaux de M. le Dr Victor Horsley ont remis cette question à l'ordre du jour en ce qui concerne principalement l'extirpation des tumeurs cérébrales. Comme il vient de publier dans le numéro du 23 avril du *Britisch médical Journal* la statistique de dix sujets qu'il a trépanés dans ce but, nous avons cru utile de faire connaître au public médical français le résumé de ces opérations et du manuel opératoire qu'emploie l'habile chirurgien anglais. Pour la description complète de la méthode qu'il a choisie pour surmonter avec succès les dangers des opérations sur le cerveau, nous renvoyons à un article déjà paru dans les *Archives de Neurologie*, n° 36, 1886, p. 363.

M. Horsley fait d'abord remarquer que la principale indication de l'opération doit être un insuccès préalable de tous les moyens médicaux employés en pareille circonstance. Le diagnostic sera fondé sur la connaissance de la physiologie et de la pathologie du cerveau et surtout des localisations cérébrales, malgré l'opinion contraire de ceux qui affectent de ne pas y croire. De plus, comme l'a démontré M. le Dr Hale White dans le *Guy's hospital Reports*, les tumeurs cérébrales demandent une intervention précoce si l'on veut qu'elle soit suivie d'un plein succès.

Quant à l'anesthésie, M. Horsley recommande l'administration de la morphine avant le chloroforme; mais il faut tenir compte de la grande susceptibilité des enfants pour la morphine. Ainsi 3 milligrammes chez un enfant de quatre ans ont suffi pour amener la contraction des artérioles du cerveau. Un autre fait contre lequel on doit se mettre en garde, c'est de donner une trop grande quantité de chloroforme dans un court espace de temps. On doit, en conséquence, la donner progressivement, et éviter avec soin de laisser réveiller le malade pendant l'opération ; la susceptibilité des malades pour le chloroforme est augmentée lorsque la dure-mère est ouverte. Le Dr Horsley insiste de nouveau sur le large lambeau du cuir chevelu qu'il préfère à l'incision cruciale, et il recommande de relever le périoste séparément.

Quant à l'os, l'auteur pense qu'il est préférable d'enlever d'abord une couronne de 25 millimètres pour apprécier son épaisseur, ce qui permettra d'agir plus promptement et avec plus de sécurité ensuite; il a toujours replacé les morceaux d'os enlevés entre la dure-mère et le lambeau cutané.

L'auteur a observé que la dure-mère dans les anciennes tumeurs était très adhérente et qu'on devrait l'exciser; dans les cas récents elle est simplement très vascularisée.

L'auteur pense que l'on doit enlever très largement les tumeurs, surtout les tumeurs malignes et que même, dans ce cas, le malade a toujours bénéficié de l'opération.

M. Horsley recommande vivement la stricte application de la méthode de Lister si l'on veut voir réunir la plaie par première intention, ce qui est le but que l'on doit se proposer.

Après l'opération, les malades auraient un peu souffert de la soif, ce que l'auteur croit pouvoir attribuer à la morphine. Pendant les trois premiers jours, la langue est également épaissie par suite de la diète liquide, on remédiera à cet inconvénient en lavant trois fois par jour la bouche avec une solution de chlorate de potasse. On pourra, dans les cas favorables, permettre aux malades de se lever au bout de huit jours, dans les cas délicats au bout d'une quinzaine seulement. On pourra hâter le retour de la puissance musculaire en établissant un courant faradique du vertex aux muscles affaiblis.

Le Dr Horsley conclut, en s'appuyant sur sa statistique, que l'excision de parties même considérables du cerveau ne peut plus être rangée parmi les opérations dangereuses de la chirurgie.

A la suite de ces remarques, le Dr Victor Horsley cite les dix cas suivants :

TABLEAU DES DIX CAS.

Nos.	Initiales. Sexe. Age.	Objet de l'opération.	Diagnostic.	ÉTAT AVANT L'OPÉRATION. Mental.	Paralysie.	Opération.	Pansement.	Mode de réunion.	ÉTAT APRÈS L'OPÉRATION. Général.	Mental.	Paralysie.	Médecins consultants.	Résultats.
1	J. B. M. 22.	Enlever une cicatrice du cerveau provenant d'une énorme fracture avec enfoncement, qui donne lieu à attaques de la jambe droite. 2,870 attaques pendant les 13 1res journées à l'hôpital.	Cicatrice embrassant l'extrémité postérieure de la circonvolution frontale supérieure.	Affaibli.	Incomplète des bras et de la jambe droite.	25 mai 1886. Trépan au siège de la cicatrice adhérente et incision de la cicatrice se prolongeant dans le cerveau.	Lister avec spray, gaze phéniquée à 5 p. 0/0. Tube à drainage enlevé le 2e jour.	Première intention. Plus haute temp. 38°.	Amélioré.	Amélioré.	Comme avant.	Dr Ferrier.	Pas d'attaques depuis.
2	T. W. M. 20.	Enlever une lésion irritative du centre du pouce causant épilepsie et spasmes du pouce. Une ou plusieurs attaques par semaine. Spasmes continuels.	Lésion au bord ant. du centre moteur du pouce. Tumeur.	Bon.	Incomplète du membre sup. gauche.	22 juin 1886. Trépan au siège de la lésion. Enlèvement de la tumeur tuberculeuse localisée.	Lister avec spray, gaze phéniquée pendant 4 j., puis gaze boriquée à l'eucalyptus. Tube à drainage enlevé le 2e jour.	1re intention, sur la portion supér. de la peau au niv. du bord sup. de l'incision. T. 38°,4.	Comme avant.	Comme avant.	—	Dr Hughlings Jackson.	Pas d'attaques 3 mois après; depuis 8 attaques : à la bouche, au bras et à l'épaule, en sept., octob., et nov. 1886. Aucune depuis.
3	W. J. M. 24.	Enlever une lésion irritative de la région des centres causant de graves attaques épileptiformes par séries, toutes les trois semaines au moins.	Ancienne fracture du crâne atteignant l'écorce.	Affaibli. Maux de tête fréquents.	Légère du membre supérieur droit et de la face.	13 juillet 1886. Trépan au siège de la cicatrice et enlèvement d'un petit morceau de table interne et d'un kyste traum. avec substance cérébrale environnante épaisse de 5 à 8 mil.	Lister, spray, gaze phéniquée. Tube à drainage enlevé le 2e jour.	1re intention. Température la plus haute, 38°,8.	Amélioré.	Amélioré.	Amélioré un peu.	Dr Huzzard.	Pas d'attaques depuis, excepté 3 légères de petit mal.
4	J. H. M. 38.	Enlever une lésion irritative et destructive du cerveau qui cause hémiplégie complète gauche, coma, attaques épileptiformes commençant dans l'épaule gauche.	Tumeur de l'écorce comprenant la partie supérieure du centre du bras dans l'hémisphère droit.	Semi comateux 10 jours avant l'opération.	Complète des bras et de la jambe gauche.	23 septembre 1886. Trépan sur siège de tumeur et enlèvement d'un gliome; la portion enlevée pesait 128 gr.	Lister, spray, gaze phéniquée. Tube à drainage enlevé le 2e jour.	1re intention pour la plus grande partie, une petite partie de la cicatrice, rouverte le 8e jour, reste ouv. 30 j.; une grande quantité de liq. séreux clair se drainant pend. ce temps. T. 38°,4 sur le côté normal (droit). 39° sur côté paralysé.	Très amélioré.	Retour de la conscience. L'état mental restant parfait 3 mois après.	Très amélioré progress.; le malade peut marcher sans trop d'appui, 2 mois 1/2 apr. l'opérat.	Dr Ferrier.	Pas d'attaques après opération, amélioration progress. pendant 3 mois; alors la tumeur commence à donner des symptômes de récidive et le malade meurt le 18 mars 1887, 6 mois après l'opération.
5	O.-S. H. M. 10.	Enlever une lésion irritative causant des attaques d'épilepsie commençant à l'angle gauche de la bouche. De 3 à 6 attaques par jour.	Lésion de l'écorce de la région motrice. Petit kyste hémorrhagique.	Imbécile.	Incomplète de la face, langue et de l'articulation.	19 octobre 1886. Trépan sur le centre facial et enlèvement de l'écorce composant ce centre déterminé par le faradisation au moment de l'opération.	Lister, spray, gaze phéniquée. Tube à drainage enlevé le 2e jour.	1re intention. Temp. la plus haute, 37°,8.	Amélioré.	Amélioré.	Comme avant.	—	Tremblements à l'angle gauche de la bouche la 2e nuit d'opération attaques la 3e nuit, après 1/2 aussi fréquentes qu'avant. A eu un intervalle de 3 nuits sans attaques. Amélioration générale.
6	G W. M. 37.	Enlever une lésion irritative causée par un coup sur la tête 14 ou 15 ans avant. Premières attaques il y a 3 ans.	Lésion cicatricielle à extrémité supérre de la scissure de Rolando. (Bavor et Horslex).	Très affaibli. Mémoire très atteinte.	Parésie du bras et de la jambe droite. Parésie de sensibilité comme du mouvement.	8 nov. 1886. Trépan sur siège de la lésion. Os normal. A l'incision de dure-mère, large cicatrice kystique enlevée de l'écorce. Excision incomplète à cause du collapsus du malade.	Lister avec spray, gaze phéniquée. Tube à drainage enlevé le 1er jour après l'opération.	1re intention. Plus haute température. 38°.	Très amélioré.	Amélioré.	Mouvem. amélioré dans le membre sup.; comme avant. Dans membre inf. sensibilité tr. améliorée.	Dr Savill.	4 attaques le jour après opération, 2 le 6e jour, et 1 légère au bout d'une semaine. Pas de perte de connaissance.
7	J. W. M. 37.	Soulager une céphalalgie localisée et intraitable de 3 années qui empêche le malade de travailler.		Bon.	Aucune.	12 nov. 86. Trépan au siège de la douleur. Enlevée une pièce du pariétal dont table interne était érodée par un corpuscule Pacchioni.	Lister avec spray. Pas de drainage.	1re intention. Plus haute température. 37°,5.	Comme avant.	Comme avant.	Aucune.	Dr Hughling Jakson.	Soulagement de la douleur après l'opération. Sans récidive depuis.
8	F. W. M. 4.	Explorer et enlever une lésion causant 3 à 14 attaques par jour.	Lésion au-dessous de l'écorce de la région des centres probablement un kyste hémorrhagique.	Semi comateux la plupart du temps.	Presque complète du bras et de la jambe droite.	29 nov. 1886. Trépan sur région gauche, exploration du cerveau par incision.	Lister avec spray. Pas de drainage. Une petite portion de cicatrice laissée libre.	1re intention. Plus haute température. 37°,6.	Comme avant.	?	Comme avant.	Dr Bastian.	Une attaque pendant 1 mois, depuis 6 légères, plus d'autres attaques.
9	W. T. M. 37.	Enlever une lésion irritative et destructive causant une hémiplégie droite graduelle et attaques commençant par l'indicateur droit. Pas d'attaques pendant 3 mois avant l'opération.	Tumeur dans les centres de la main droite.	Bon. Maux de tête constant.	Complète de la main et de l'avant-bras droits, incomplète de la jambe, léger embarras de la parole.	7 décembre 1886. Trépan sur siège de lésion et enlèvement d'une tumeur pesant 1[illegible] grammes.	Lister avec spray. 25 mill. d'incision laissés sans suture par le drainage.	1re intention, excepté une partie de l'incision laissée dans le drainage.	Amélioré.	Comme avant.	Comme avant dans bras et jambe. Un peu plus de [illegible] de la parole.	Dr Ferrier.	Pas été noté de [illegible] depuis. plus d'augmentation dans la paralysie.
10	J. B. M. 18.	Enlever une lésion destructive progressive causant des maux de tête, des vomissements et de la névrite optique, faiblesse croissante de tous les membres, surtout le bras et la jambe gauche et des attaques épileptoïdes avec les yeux et la tête tournés à droite.	Tumeur dans le lobe droit du cervelet principalement.	Bon.	Incomplète de tous les membres, surtout le bras et la jambe gauche; les sphincters atteints.	17 décembre 1886. Trépan sur le lobe droit du cervelet enlèvement d'une tumeur tuberculeuse pesant 7 drachmes.	Lister avec spray	—	—	—	—	Dr Bastian.	Mort [illegible] heures après l'opération, ayant en partie recouvré connaissance pour un moment. Le malade avait été [illegible] Opération en [illegible] Autopsie : [illegible]

Depuis la publication de cette statistique, M. V. Horsley a pratiqué une nouvelle extirpation de tumeur des centres nerveux : mais cette fois, au lieu d'être situé comme dans les autres cas dans la région des centres, le néoplasme s'était développé dans la moelle au niveau des racines de la V[e] paire dorsale. L'opération a réussi et la plaie a rapidement guérie par première intention. On voit que rien n'effraie l'opérateur hardi d'Outre Manche ; mais il faut le reconnaître, cette dernière tentative n'a rien de bien extraordinaire : *à priori*, cette extirpation semble d'ailleurs d'une exécution plus facile et paraît susceptible de moins d'objections.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Tubage du larynx.

Maintenant que nous connaissons les divers accidents qui peuvent se produire au cours de l'intubation (1), nous pouvons discuter la valeur de cette opération et tirer de cette discussion des conclusions rationnelles. Nous avons en mains toutes les pièces du procès pendant entre le tubage et la trachéotomie, les parties adverses se présentent à la barre de l'opinion avec des statistiques à peu près semblables, ainsi que nous l'avons vu dans un précédent article (voir *Progrès Médical* du 30 avril 1887) : Voyons à laquelle nous devrons accorder notre confiance.

Les Américains ont dressé des tableaux comparatifs des avantages de la trachéotomie et de l'intubation, et après les avoir lus on en arrive à cette conclusion que la première de ces opérations n'offre que des inconvénients et doit toujours être rejetée (voir *Weekly Méd. Review*, St-Louis 1887, et *The Archives of Pediatrics*, Philadelphie. mars 1887). Nous allons reprendre chacune des propositions de ces tableaux et les analyser.

La trachéotomie, d'après J.-H. Hance (*Annales of Surgery*, N.-Y., janv. 1887, entraîne parfois un shock mortel, ce qui n'a jamais lieu dans le tubage. Mais Partridge nous dit que, dans quelques cas, après des efforts prolongés pour introduire le tube, survient une grande surexcitation nerveuse. Celle-ci nous paraît devoir peser dans la balance en regard du shock. Cet auteur ajoute, il est vrai, que pour éviter cet accident il suffit de suspendre l'opération dès qu'il commence à se produire. Ceci nous semble peu rationnel car si l'on peut suspendre l'opération, c'est que l'enfant n'est pas en état d'asphyxie imminente et alors pourquoi opérer ? Et si le malade étouffe il est impossible d'ajourner l'intervention. Mais voyons ce que disent d'autres observateurs.

Dunning a remarqué quelques heures après l'introduction du tube un *épuisement marqué*. Sur quatre cas d'intubation qu'il a à son actif cet épuisement fut fatal une fois et faillit l'être une autre fois. *Cet épuisement* n'est pas le shock traumatique c'est quelque chose qui s'en rapproche singulièrement.

De ce qui précède nous pouvons tirer cette conclusion que, si dans des cas bien exceptionnels, des trachéotomisés sont morts de shock, des intubés sont morts d'épuisement et ont eu leur vie compromise par une grande excitation. [illegible]

(1) Voir *Progrès médical*, [illegible]

opération difficile, demandant dix à quinze minutes, tandis que le tubage est facile et se fait en quelques secondes.

Nous savons déjà à quoi nous en tenir sur la facilité du tubage. Les observations nous montrent Eichberg (*The Cincinnati Lancet Clinic*, 22 janvier 1887), Dunning, Fergusson ne réussissant à introduire le tube qu'après plusieurs tentatives. Henrotin, après avoir échoué deux fois, vit son malade mourir quelques instants après qu'il eut réussi à mettre le tube en place. Jennings ne put arriver à introduire son tube.

Sont-ce là des faits en rapport avec une opération facile et à la portée de tous les praticiens ? Non seulement l'introduction du tube n'est pas toujours facile, mais son extraction offre parfois d'insurmontables difficultés, témoins les cas de Eichberg, Henrotin, Dunning, Tascher. Et combien est grave cette difficulté de l'extraction ! si une fausse membrane obstrue le tube et qu'on veuille lever l'obstacle à la respiration, l'on ne peut certes ajourner l'extraction du tube. Si dans ce cas l'on ne peut parvenir à l'enlever on n'aura comme ressource que la trachéotomie, et le patient subira deux opérations pour une.

La trachéotomie est-elle donc beaucoup plus difficile que l'opération qu'on nous propose ? Nous ne le pensons pas et si pourtant elle offrait des difficultés plus grandes nous croyons qu'il faudrait quand même la faire de préférence dans la pratique courante. Elle a au moins cet avantage de produire toutes les fois qu'elle est faite opportunément un soulagement immédiat de la dyspnée, tandis que nous avons vu l'intubation n'apporter aucune amélioration dans l'état de quelques malades. La trachéotomie est de plus une opération unique, une fois faite le malade respire et l'on n'a plus à y revenir. Tandis qu'avec le tubage il faut parfois faire trois, quatre opérations et plus pour arriver au même résultat. Et quelle sécurité peut-on avoir avec l'intubation quand on sait avec quelle facilité la moindre quinte de toux peut rejeter le tube, quand on sait que, dès qu'on a quitté son malade, il peut mourir étouffé par suite de ce rejet, ou par suite de l'obstruction du tube par une fausse membrane. Il est aisé d'apprendre à des parents à nettoyer une canule de trachéotomie, et si celle-ci se bouche, rien n'est si simple pour l'entourage du malade que de la désobstruer. En est-il de même avec le tubage ? peut-on apprendre à une famille à enlever et à remettre un tube d'O'Dwyer c'est-à-dire à pratiquer une véritable opération chirurgicale ? Ceci n'est pas soutenable.

Nous pouvons donc dire que le tubage ne donne pas autant de sécurité au médecin que la trachéotomie et qu'il offre des difficultés opératoires au moins aussi considérables. Le tubage se fait-il beaucoup plus rapidement que la trachéotomie ? Nous ne le croyons pas davantage.

Dans les cas pressants, le manuel opératoire de la trachéotomie se simplifié beaucoup et l'on se borne à ponctionner rapidement la trachée. Dans les cas moins urgents il est peu utile d'aller aussi vite. Avec le tubage, on risque d'échouer plusieurs fois avant de bien placer le tube et, celui-ci introduit on court la chance de ne

pas voir l'enfant respirer et par conséquent d'être obligé de le trachéotomiser après avoir perdu un temps précieux. Voilà donc encore une série d'arguments donnés en faveur de l'opération d'O'Dwyer qui tombent devant le simple examen des faits.

Examinons maintenant si la trachéotomie prédispose plus aux complications pulmonaires que le tubage, ainsi que le prétendent les partisans de cette dernière opération. Il est évident que dans le cours d'une trachéotomie du sang peut pénétrer dans les bronches, mais cette éventualité nous semble moins redoutable que le passage d'aliments solides ou liquides dans les voies respiratoires. Si la pénétration du sang peut avoir lieu au moment d'une opération de trachéotomie, les dangers qu'elle comporte sont de très courte durée, car une fois la canule mise en place, rien ne peut plus passer dans les voies respiratoires. Avec le tubage, les aliments peuvent passer à travers le tube pendant tout le temps que celui-ci dans le larynx et les causes d'accidents se renouvellent constamment. Il est de plus permis de penser que les matières alimentaires sont plus septiques que le sang et par conséquent plus aptes à produire une pneumonie septique.

L'introduction dans la trachée de corps étrangers n'est pas la seule source de complications pulmonaires présentée par le tubage ; nous avons vu O'Dwyer avouer que ces complications suivent fréquemment des tubages successifs et nous avons à l'appui de cette assertion des observations d'Anderson, Eichberg, Dunning. Les complications qui nous occupent semblent donc plus à redouter avec le tubage qu'avec la trachéotomie.

Un argument plus sérieux donné contre la trachéotomie est le suivant : celle-ci produit une blessure par laquelle peut se faire l'infection diphthérique, érysipélateuse, pyohémique, etc. C'est certainement là un désavantage de la trachéotomie, mais il faut bien avouer que le tubage a les siens, nous ne ferons que mentionner la possibilité d'avaler le tube, la difficulté que l'on a à alimenter les malades et tous les autres inconvénients que nous avons déjà signalés. D'autre part, la pyohémie et l'érysipèle sont aujourd'hui bien exceptionnels après les opérations ; quant à l'infection diphthérique par la plaie, nous ne savons jusqu'à quel point il faut l'admettre. Les sujets trachéotomisés pour croup sont des sujets infectés, et ce que l'on a à craindre n'est pas un empoisonnement de l'économie par la plaie, mais un simple envahissement de celle-ci par des fausses membranes. L'objection ainsi envisagée perd considérablement de sa valeur.

Un autre argument qui ne semble pas renversable consiste à dire que, après la trachéotomie, il reste une plaie passible de toutes les complications des plaies et nécessitant un temps assez long pour se cicatriser. Nous savons que les complications des plaies sont peu redoutables aujourd hui ; quant au temps nécessaire pour la cicatrisation il est généralement assez court. D'ailleurs, après le tubage, il persiste pendant assez longtemps de l'aphonie. En tout cas, il est préférable d'avoir à soigner une plaie faite en temps utile pour soulager son malade que de s'exposer à être obligé de faire une trachéotomie pour pouvoir extraire un tube chez un enfant guéri de son croup. Comme cela est arrivé à Eichberg qui prétend, malgré tout, que la trachéotomie ne présente pas un seul avantage.

Les autres objections dirigées contre la trachéotomie sont d'une importance secondaire. L'air inspiré par le tube laryngien est chaud et humide, tandis que celui inspiré par une canule trachéale ne présente ces qualités que par l'emploi de moyens artificiels. Du moment que ces moyens existent, l'objection perd beaucoup de sa valeur. Les Américains disent encore que les familles acceptent plus facilement l'intubation que la trachéotomie ; nous pensons que, dans les cas urgents, aucune famille n'empêchera le médecin de faire une opération quelle qu'elle soit si elle a des chances de sauver le malade.

Tous les autres accidents que peut présenter la trachéotomie se retrouvent dans l'opération d'O'Dwyer.

Si nous cherchons à dégager une appréciation de la discussion qui précède, nous dirons que dans la pratique courante la trachéotomie doit rester l'opération de choix, car elle n'expose pas à cette terrible éventualité de voir mourir son malade dès qu'on n'est plus auprès de lui, parce qu'il aura rejeté son tube ou parce que celui-ci se sera obstrué. Elle n'expose pas davantage à laisser mourir un enfant sous ses yeux faute de pouvoir retirer un tube obstrué. Toutefois il sera bon d'essayer le tubage lorsque l'on pourra laisser à demeure auprès du patient un médecin capable de faire face à toutes les éventualités. Peut-être même devra-t-on préférer le tubage chez les petites filles des classes riches de la société. On leur évitera ainsi une cicatrice parfois très disgracieuse. Des essais pourront être fait facilement dans les hôpitaux où un interne de garde est toujours là pour parer aux accidents possibles.

Enfin, il est une série de cas dans lesquels le tubage pourra être nettement indiqué, par exemple lorsqu'une dyspnée par compression du larynx ou de la trachée se produira. C'est ainsi que Waxham (*Journal of the American medical Association*, Chicago, 26 mars 1887) a pratiqué le tubage dans un cas de goitre suffoquant. Il est vrai qu'il échoua dans cette tentative, mais il a fait faire depuis des tubes nouveaux, capables de franchir les rétrécissements.

Comme, dans cet article, nous nous proposons seulement d'examiner la valeur du tubage dans les cas de croup, nous n'insisterons pas davantage sur les autres indications que peut comporter cette opération, quitte à revenir prochainement sur ce sujet.

Nous dirons, pour terminer, que si la statistique du tubage est à peu près la même que celle de la trachéotomie, cela nous semble dépendre de deux causes : 1° Dans nombre d'observations publiées, deux, trois médecins et plus soignaient le même malade et par conséquent l'un d'eux était toujours prêt à parer aux accidents. — 2° Les observations que l'on publie le plus volontiers sont les observations heureuses et, en effet, la plupart des auteurs ne donnent pas leurs statistiques personnelles, ils se contentent de nous faire connaître un cas suivi de succès. C'est, d'ailleurs, ce qui a lieu pour toute opération nouvelle. Les statistiques de trachéotomie sont faites sur la somme des cas traités dans

un hôpital déterminé et, partant, offrent une valeur plus grande que les statistiques d'intubation basées en partie sur la réunion des observations publiées qui, ainsi que nous venons de le voir, sont souvent les meilleures observations.

Notre conclusion actuellement est donc la suivante : L'intubation est une opération à essayer à l'hôpital ou chez des malades privilégiés, auprès desquels on pourra laisser en permanence un homme de l'art. Dans la pratique courante la trachéotomie doit rester l'opération de choix. M. ISCH-WALL.

Les nouveaux projets de M. le Directeur de l'Enseignement supérieur.

La direction de l'Enseignement supérieur en France est confiée à un homme qui semble avoir entrepris d'étrangler à tout jamais l'enseignement médical, pour le plus grand profit d'une coterie remuante et audacieuse dont la turbulence ne connait plus de frein. On sait par quelle regrettable mesure M. le Directeur de l'enseignement supérieur a supprimé les *cours auxiliaires* et *complémentaires*, faits jadis avec tant d'éclat par les agrégés de nos Facultés, et quel irréparable dommage en est résulté pour l'éducation des élèves. Protestations, remontrances rien n'y a fait : le grand administrateur de la rue de Grenelle est demeuré impassible et le dol pour l'enseignement, prévu et déploré par toutes les personnes dont la compétence est indiscutable, est actuellement un fait accompli.

Ce premier succès a donné du courage à M. le Directeur : son cerveau n'enfante que de vastes conceptions. La dernière en date consiste purement et simplement à supprimer l'enseignement scientifique, dit accessoire, « mais en réalité fondamental, » comme ne manquait jamais d'ajouter Béclard, à supprimer, disons-nous, dans les Facultés de médecine, l'enseignement de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle, qui se donnerait désormais dans les Facultés des sciences Pourquoi pas aussi celui de l'anatomie, de la physiologie, de la pharmacologie, de la toxicologie, etc., que d'aucuns considéraient encore, il y a quelque temps, comme des sciences accessoires ?

Ce que nous venons de dire n'est pas une vaine appréhension. Les Facultés de province ont récemment été saisies de la question suivante : « Au cas où une chaire de sciences accessoires devient vacante, est-il bon d'en transporter l'enseignement aux Facultés des sciences ? L'examen du programme a démontré au Ministre que les cours et travaux pratiques ne sont pas différents dans les Facultés de médecine de ce qu'ils sont dans les Facultés des sciences et il y aurait une grosse économie à réduire les deux enseignements à un seul. D'ailleurs, les droits acquis seront réservés pour les titulaires et les agrégés. »

Ainsi donc, M. le Ministre, ou plutôt M. le Directeur de l'Enseignement supérieur a reconnu que l'enseignement était identique dans les Facultés de médecine et dans les Facultés des sciences ? Dès lors, il est tout naturel de supprimer l'enseignement scientifique dans les premières. Déplorable erreur ! M. le Directeur est sans doute un philosophe éminent : nous n'y contredisons pas, mais on nous permettra de révoquer en doute sa compétence dans les questions d'enseignement scientifique. Plutôt que d'étudier des programmes sur le papier, s'il eût pris la peine, comme c'était strictement son devoir, d'assister au cours de ces professeurs ou agrégés dont il rêve de supprimer le fécond enseignement, il n'eût pas eu de peine à constater que, si les titres sont les mêmes, l'enseignement est du moins absolument distinct dans les deux sortes de Facultés. Fera-t-on enseigner la physique aux étudiants en médecine par un professeur de Faculté des sciences, qui ne quitte pas les régions sereines des hautes mathématiques ? Fera-t-on enseigner la chimie par un professeur qui ne verra, par exemple, que le côté industriel et pour qui la *biologie* ou la *toxicologie* seront sans intérêt ? Et la *botanique médicale*, cette science si française, qui donc l'enseignera ? Sera-ce un professeur ou un maître de conférences, habile peut-être à couper des tiges en quatre et à reconnaître la structure du faisceau, mais n'entendant rien à la botanique rurale, non plus qu'aux *propriétés médicinales* des plantes ? Et la *zoologie médicale*, qui a toujours compté dans notre pays des représentants si autorisés, qui donc l'enseignera ? Un zoologiste qui se sera illustré par de remarquables travaux sur les Méduses, sur les Crustacés ou sur les Ascidies ? Mais les questions relatives, par exemple, aux *parasites*, qui, dans ces dernières années, ont pris une importance si imprévue (et cela se peut dire aussi bien pour les parasites animaux que pour les végétaux), seront sans intérêt pour lui !

Supprimez l'enseignement de la physique, de la chimie, de la zoologie et de la botanique médicales dans les Facultés de médecine et vous faites perdre à notre chère patrie la gloire d'avoir produit des hommes tels qu'Orfila, Richard, Moquin-Tandon, Würtz, Gavarret, Baillon, etc. ; nous en passons, et des meilleurs.

On dira que ces savants illustres auraient été des professeurs de Facultés des sciences. Non, mille fois non ! Leur éducation devait être avant tout médicale : c'est précisément parce qu'elle l'a été qu'ils ont accompli les remarquables travaux auxquels ils doivent leur légitime réputation. On sait, du reste, entre les mains de quelle coterie l'enseignement des Facultés des sciences tend à se centraliser. Nul n'oserait prétendre que ce soit un bien ! Et qui donc ne serait péniblement attristé en songeant à l'anéantissement progressif et prochain de notre enseignement scientifique, naguère encore si brillant ?

Nous avons cité tout à l'heure le nom de M. Gavarret. M. Gavarret est actuellement Inspecteur général des Facultés de médecine : que pense-t-il de la « décision » prise par M. le Directeur de l'enseignement supérieur ? Celui-ci, du moins, a dû le consulter ? Ce serait bien peu connaître M. le Directeur que de le croire capable de prendre l'avis de personnes éclairées : une telle marque de déférence blesserait son orgueil et ce serait là un aveu d'indécision dont est seul capable un vulgaire esprit. Nous affirmons que ces complots se trament en dehors de M. l'Inspecteur général : on le traite en suspect, car on redoute son grand bon sens et ses justes récriminations. C'est pour nous un devoir im

périeux de lui crier gare et d'attirer l'attention du public médical sur les innovations qui se préparent et qui, si elles sont mises à exécution, auront pour résultat un amoindrissement regrettable de l'enseignement de la médecine en France. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 *juillet* 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. Ranvier signale *l'emploi de l'acide perruthénique dans les recherches histologiques et l'application de ce réactif à l'étude des vacuoles des cellules caliciformes.* Les cellules caliciformes sont les premières qui deviennent noires dans des préparations de la membrane rétrolinguale de la grenouille quand cette membrane a été traitée dix heures par l'acide osmique et trois minutes par l'acide perruthénique ; les cellules à vacuoles sont alors admirablement dessinées.

MM. Marey et Pagès étudient la *locomotion comparée chez l'homme, l'éléphant et le cheval.* Dans les allures sautées aussi bien que dans les allures marchées, le mouvement du membre pelvien reste essentiellement le même chez ces trois types ; ce qui varie, c'est la part de chacun des organes qui y concourent. Entre l'homme et l'éléphant, les différences sont faibles ; elles tiennent à ce que, chez l'homme, le pied ne s'écrase pas sensiblement, tandis que chez l'éléphant, un énorme coussinet plantaire qui fait de cet animal un intermédiaire entre les plantigrades et les digitigrades, la disposition des rayons phalangiens pouvant s'éloigner l'un de l'autre permettent l'écrasement de l'organe d'appui. Entre l'homme ou l'éléphant et le cheval, les différences sont beaucoup plus grandes. La disposition anatomique et le développement énorme du pied du cheval font que cette partie du membre peut remplir trois fonctions distinctes : 1° par le sabot, situé à l'extrémité libre ; il sert comme organe d'appui ; 2° par ses mouvements articulaires très étendus, il réduit au minimum le travail nécessaire à l'élévation du pied pendant le soutien ; 3° enfin et surtout, par l'articulation métatarso-phalangienne et ses organes de soutènement, il constitue un puissant appareil amortissant et restitutif qui n'existe, au même degré, chez aucun autre quadrupède.

M. Rouget décrit *les grains ou boutons des terminaisons dites en grappe des nerfs moteurs.* Sur les plus volumineux de ces grains, on reconnaît des enroulements multiples du filament terminal du cylindre-axe : dans d'autres, ces prétendus grains apparaissent comme des boucles ou des anses formées par des divisions ultimes du cylindre-axe. Toutes ces terminaisons sont en réalité une forme permanente de terminaison motrice. Réduite à ce qui est à la fois nécessaire et suffisant à l'acte essentiel dont elle est l'agent, le dégagement de l'énergie cinétique du nerf et sa transmission à l'élément contractile, la partie fondamentale d'une terminaison motrice apparaît sous la forme de ces anses ou arcades terminales, caractère commun aux terminaisons en grappe, aux plaques motrices aussi bien qu'à la lame nerveuse des plaques électriques des torpilles.

M. Pasteur est élu secrétaire perpétuel, en remplacement de feu M. Vulpian. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 *juillet* 1887. — Présidence de M. Grimaux.

M. Dumontpallier, sur une malade de son service, a vérifié l'opinion émise par MM. Debove et Jacquet, à savoir qu'en agissant sur le membre du coté opposé, à l'aide du chlorure de méthyle, on avait amelioré rapidement la sciatique ; une expérience plus prolongée est néanmoins nécessaire.

MM. Féré et Arnauld ont fait des recherches sur le nystagmus chez les épileptiques. Étudiant sur 170 malades, ils ont observé 3 fois le nystagmus vertical, 5 fois le rotatoire et 20 fois le latéral. Enfin, ces divers types peuvent se combiner. Chez les épileptiques hémiplégiques, le nystagmus se produit du côté opposé à la paralysie, de même qu'il se produit également du côté opposé à l'aura, lorsque celle-ci est uniformément unilatérale. C'est donc à une véritable paralysie qu'il faut attribuer dans certains cas ces phénomènes ; dans d'autres, il s'agit probablement de simple impotence par épuisement, ainsi qu'on l'observe assez souvent après l'accès. Les auteurs ont également noté divers troubles pupillaires, des malformations congénitales des globes oculaires.

M. Ch. Féré insiste sur un symptôme particulier qu'il a observé dans l'affection connue sous le nom de *tour de reins.* Il rappelle qu'on attribue la douleur, soit à une rupture musculaire, soit à un véritable rhumatisme local. Récemment M. Nicard a soutenu que la douleur était causée par le tiraillement des racines nerveuses de la 4e paire lombaire. M. Féré a observé un malade chez lequel, en effet, le fessier supérieur, l'obturateur et le sciatique poplité externe étaient pris, mais il existait également une tuméfaction notable de la région lombaire ; l'hypothèse d'une rupture restait donc aussi plausible que celle d'un tiraillement primitif, l'épanchement sanguin pouvant parfaitement comprimer les racines nerveuses.

M. Albarran communique le résultat de ses recherches sur le développement des dents de 3 à 7 ans. Il démontre, en s'aidant de planches, que l'alvéole définitive n'a aucun rapport avec l'alvéole de la dent de lait qui se détruit complètement, ainsi du reste que toute la partie du maxillaire intermédiaire aux deux alvéoles ; que la pousse de la dent se fait beaucoup plus par abaissement du maxillaire alvéolaire que par poussée vraie de la dent : que le périoste alvéolo-dentaire n'est autre qu'un ligament développé comme tous les ligaments aux dépens du tissu conjonctif : que le procédé de destruction de la dent de lait est celui de l'ostéite simple.

M. Ch. Robin, revenant sur une communication précédente de M. Déjerine, expose les raisons qui lui ont permis d'établir que l'alcoolisme existait, en se basant sur la diminution de l'acide phospho-glycérique des urines.

M. Retterer, complétant une précédente communication, dit que le gland et les corps caverneux se développent chez les rongeurs comme chez divers carnassiers qu'il a déjà étudiés.

M. Hénocque a étudié l'action de l'acétanilide sur le sang. Il a trouvé qu'elle agissait beaucoup moins rapidement que certaines autres substances similaires pour transformer l'hémoglobine en méthyl-hémoglobine : la durée de la réduction augmente et les échanges diminuent.

M. Raymond a obtenu une amélioration de huit jours de durée dans deux cas de sciatique, en faisant la pulvérisation sur le côté sain, mais en dehors de la zone du sciatique. Ceci démontre, comme l'ont signalé plusieurs auteurs, qu'une excitation cutanée suffit à modifier le phénomène douleur, quelle que soit l'excitation.

M. Hardy étudie la composition et la synthèse de la pilocarpine. La pilocarpine est un alcaloïde qui se trouve dans le Pilocarpus primatus (*jaborandi*). Elle a été obtenue pour la première fois en 1875 par M. E. Hardy avec les feuilles de cette plante : c'est une matière visqueuse qui donne des sels très bien cristallisés et qui a reçu depuis de nombreuses applications thérapeutiques. La pilocarpine se transforme en acide pilocarpique en absorbant une molécule d'eau. Elle se change en pilocarpidine par perte d'alcool methylique, en acide pyridino lactique par dégagement de triméthylamine. Ces réactions montrent qu'elle est à la fois pyridine, alanine et bétaïne. On la reproduit par synthèse en partant de l'acide pyridino-lactique et elle a lieu en deux phases : 1° Transformation de l'acide pyridino lactique en pilocarpidine ; 2° Transformation de la pilocarpidine en pilocarpine. Les propriétés physiologiques de la pilocarpine de synthèse sont les mêmes que celles de la pilocarpine

naturelle: 1° Injectée dans la veine saphène interne d'un chien, elle amène un flux considérable de salive, comme on a pu s'en convaincre en plaçant une canule dans le canal secréteur de la glande sous-maxillaire du chien. 2° Quelques gouttes versées sur le cœur d'une grenouille préalablement mis à nu, en arrêtent les mouvements qui reparaissent sous l'influence de quelques gouttes d'atropine.

M. STRAUS offre à la Société ses *Leçons sur le charbon chez l'homme et chez les animaux*; il rappelle qu'il y a 37 ans, dans cette même Société, Roger et Davaine annonçaient la découverte de la bactéridie charbonneuse.

Elections. — M. Giard est élu membre de la Société.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juillet 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. CORNIL lit un rapport relatif à un travail de M. Terrillon, basé sur quatre observations d'inflammation des annexes de l'utérus et sur la laparotomie appliquée à chacun de ces cas. On peut admettre avec M. Terrillon une salpingite catarrhale végétante, une salpingite purulente, une salpingite hémorrhagique et une salpingite tuberculeuse. A ces diverses variétés, M. Cornil pense qu'on peut admettre une salpingite blennorrhagique. La trompe est presque toujours plus altérée que l'ovaire. Dans les faits de M. Terrillon, les lésions ont vraisemblablement débuté par une pelvipéritonite et se sont caractérisées par une salpingite végétante chronique, catarrhale, purulente, ou par une hémorrhagie avec obstruction péritonéale de la trompe. L'opération est donc légitimée par la perte de fonction de l'ovaire et de la trompe.

Election de deux membres correspondants nationaux. Première élection : Votants, 49; majorité, 25. Au premier tour de scrutin, M. POINCARRÉ (de Nancy) est élu par 35 voix, contre M. Mordret (du Mans) 6; M. Barallier (de Toulon) 4; M. Wannebroucq (de Lille) 2; M. Leloir (de Lille) 1; bulletin blanc, 1. — *Deuxième élection :* Votants, 51; majorité, 26. M. Barallier obtient 23 voix; M. Mordret, 13; M. Wannebroucq, 7: M. Leloir, 4; M. Renaut (de Lyon), 1; M. Widal (d'Alger), 1, M. Pitres (de Bordeaux), 1; bulletin blanc, 1. Aucun candidat n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Votants, 49; majorité, 25. M. BARALLIER est élu par 27 voix, contre M. Mordret, 9; M. Leloir, 4: M. Renaut, 3; M. Wannebroucq, 2; M. Pitres, 1; bulletins blancs, 3.

Suite de la discussion sur le surmenage.

M. GAUTIER estime que les épreuves du baccalauréat doivent être simplifiées, à la condition que les divers baccalauréats deviennent des examens approfondis. Le surmenage des élèves tient à la surcharge des programmes et au mode de préparation à l'examen définitif.

Dans les lycées, le surmenage cérébral est primé par l'ennui, l'étiolement physique et moral. Ce sont ces derniers facteurs qu'il importe d'établir pour apporter un prompt remède à l'état de choses actuel.

M. FÉRÉOL pense que les conséquences du surmenage intellectuel ne sont pas celles qu'on fait valoir depuis quelque temps. On ne tient pas assez compte de la prédisposition, de l'hérédité, de la dégénérescence de la vue, de l'hygiène méconnue. M. Féréol n'admet pas la nécessité de grandes réformes aux modes et aux programmes d'enseignement actuellement adoptés et trouve qu'il y a dans la conclusion de M. Lagneau trois choses distinctes : le surmenage intellectuel l'hygiène scolaire et les programmes universitaires.

M. LE FORT maintient que le surmenage intellectuel existe et estime qu'on ne saurait trop se préoccuper de modifier les programmes universitaires : il est impossible de combiner les humanités et les sciences. Les unes sont éminemment utiles: les autres sont en parties superflues.

M. MARC SÉE trouve qu'on exagère trop la question du surmenage intellectuel. car elle n'est nullement en rapport avec une aggravation des maladies, à l'époque même des examens ou des concours dans les lycées.

M. DE LACAZE-DUTHIERS reconnait que les programmes sont trop chargés, et est d'avis qu'il y aurait un réel profit à faire des baccalauréats spéciaux.

M. TRELAT fait observer que l'Académie n'est guère compétente pour discuter des questions de programmes universitaires et doit s'occuper exclusivement des questions d'hygiène scolaire.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de décembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

16. Polyadénomes gastriques et cancer de l'estomac; par P. MÉNÉTRIER, interne des hôpitaux.

Chez deux malades morts à la Pitié, dans le service de M. le professeur Jaccoud, nous avons rencontré à l'autopsie des polypes muqueux de l'estomac, et, en même temps, un cancer du même organe chez l'un, un épithéliome de l'intestin grêle chez l'autre. Si dans ce dernier cas nous n'avons pu voir entre les deux lésions qu'une relation de coïncidence, dans le premier, l'examen histologique nous a montré une succession d'altérations permettant d'affirmer la transformation de l'adénome en épithéliome, puis en cancer, de la tumeur bénigne en tumeur maligne.

Nous nous occuperons d'abord du fait le moins intéressant, qui nous offre néanmoins un beau type de polyadénômes gastriques. Il s'agit d'une femme de 62 ans qui, renversée par une voiture, entra à l'hôpital avec des contusions multiples. D'aspect misérable, cachectique, elle ne résista pas au traumatisme, et succomba en quelques jours avec des signes de congestion pulmonaire. A l'autopsie nous lui trouvons, outre une congestion intense des deux poumons, outre des lésions athéromateuses de toutes les artères, et un anévrysme fusiforme de l'aorte thoracique, outre une sclérose avancée des deux reins, des lésions siégeant dans les diverses portions du tube digestif.

L'estomac, un peu dilaté, présente à sa surface muqueuse une grande quantité de petites tumeurs saillantes, la plupart pédiculées, quelques-unes sessiles; toutes à peu près de même volume, d'une lentille à un noyau de cerise; assez molles; de même couleur que la muqueuse avoisinante. Il y en a une quarantaine environ, la plupart siègent à la région moyenne, surtout au niveau de la petite courbure, et de la face postérieure, où elles forment trois à quatre groupes confluents; d'autres, plus espacées, sont semées çà et là dans toutes les régions.

Les ganglions du petit épiploon sont parfaitement sains.

Dans l'intestin grêle, à la partie supérieure de l'iléon, on voit, saillante à sa face interne, au niveau du bord libre, une petite tumeur, en forme de demi-sphère, légèrement aplatie, du volume d'une noisette, dure, non ulcérée, de couleur blanc-jaunâtre, et à côté deux ou trois saillies plus petites. Le mésentère avoisinant renferme quatre à cinq ganglions gros comme un pois, une noisette, et qui, en coupe, apparaissent formés d'un tissu blanchâtre avec points ramollis.

L'examen microscopique nous montre que la tumeur de l'intestin grêle est un épithéliome, ayant en grande partie perdu son type primitif. car on ne retrouve que par places des cellules cylindriques. Les éléments épithéliaux ont envahi les interstices de la couche musculaire et forment de petits amas sous la séreuse. Dans les ganglions mésentériques on retrouve l'épithéliome cylindrique avec ses caractères habituels.

Les tumeurs de l'estomac sont partout développées uniquement aux dépens de la couche muqueuse, en aucun point, l'altération n'a dépassé la musculaire muqueuse. C'est du reste un type de polyadénome gastrique ; la lésion consiste en une hypertrophie considérable des glandes, avec transformation de leur revêtement en épithélium cylindrique clair et formations kystiques à contenu muqueux tapissées du même épithélium.

Ces tumeurs, strictement limitées à la muqueuse, multi-

ples, toutes arrêtées à un degré de développement à peu près égal sont bien des adénomes, des tumeurs épithéliales bénignes, non infectantes. On peut se demander si l'épithéliome intestinal n'a point succédé à une lésion de même nature, mais rien, en somme, n'autorise cette hypothèse.

Il n'en est pas de même dans notre seconde observation, et c'est surtout sur elle que nous désirons appeler l'attention. Comme dans la précédente, l'histoire clinique est muette sur les symptômes d'une affection gastrique. Un homme de 35 ans entre à l'hôpital avec une hémiplégie gauche, et dans un tel état d'obnubilation intellectuelle que tout interrogatoire est impossible.

Il meurt huit jours après avec des signes de bronchopneumonie. A l'autopsie, nous trouvons: deux foyers de ramollissement dans les centres nerveux, l'un ancien occupant la partie postérieure de la couche optique droite, l'autre récent de toute la corne occipitale du même côté et empiétant sur les circonvolutions temporales: dans les poumons, des lésions de broncho-pneumonie double; au cœur, une endocardite végétante mitrale que l'examen bactériologique pratiqué par M. Netter a démontré être une endocardite à pneumocoques; dans la rate et dans un rein, des infarctus récents, et enfin les lésions de l'estomac et du foie que nous allons décrire.

L'estomac, de dimensions normales, présente à sa face muqueuse un grand nombre de saillies polypeuses, et une ulcération. L'ulcération siège sur la petite courbure, à quatre centimètres du rebord pylorique, elle est un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs; son fond est inégal, mamelonné, recouvert de détritus pulpeux jaunâtres; les bords sont épais et saillants, ils forment un bourrelet assez mou, de même consistance et de même aspect que les saillies polypeuses voisines, et qui se continue avec quelques-uns des plis de la muqueuse. Les polypes sont semés en grand nombre dans la région pylorique, au pourtour de l'ulcération et sur les plis qui en partent; ils forment aussi des séries irrégulières sur les plis qui parcourent le petit cul-de-sac; un est situé sur le rebord pylorique, d'autres plus espacés se voient à la région moyenne, et même dans le grand cul-de-sac. Ils sont au nombre de 35 à 40, de volume sensiblement égal, d'une lentille à un pois, rarement un noyau de cerise. La plupart sont pédiculés, quelques-uns sessiles et hémisphériques. Leur consistance est molle, leur couleur semblable à celle de la muqueuse voisine.

Le reste du tube digestif est absolument sain.

L'épiploon gastro-hépatique renferme au voisinage de la petite courbure et au hile du foie, des ganglions durs, dégénérés, du volume d'une noisette.

Le foie assez volumineux (1930 gr.) est farci de noyaux cancéreux, arrondis, d'un blanc jaunâtre et de tout volume, depuis une lentille jusqu'à une petite pomme; ces derniers légèrement ramollis à leur centre.

Le péritoine est sain, il n'y a de cancer en aucun autre point de l'organisme.

L'examen microscopique nous montre pour les polypes, une structure semblable à ceux de l'observation précédente. La lésion est strictement limitée à la muqueuse, et consiste en une hypertrophie glandulaire avec transformation cylindrique de l'épithélium des culs-de-sac, et formations kystiques. Un grand nombre, probablement plus jeunes, sont uniquement constitués par des glandes hypertrophiées, sans kystes. Les glandes ainsi altérées se montrent cinq et six fois plus grandes que normalement, leur conduit excréteur très allongé, est parfaitement reconnaissable, leurs culs-de-sac droits ou diversement contournés, sont tapissés par un épithélium cylindrique clair, à contenu muqueux. Cette transformation est la même, que l'on considère des polypes pris à la région pylorique, ou dans le grand cul-de-sac.

Sur une coupe des bords de l'ulcération, l'altération glandulaire est absolument semblable. En partant de la muqueuse, relativement saine, où les glandes semblent atrophiées, espacées au milieu d'un tissu riche en petites cellules, et en suivant la coupe jusqu'à l'ulcération, on assiste progressivement à la transformation hypertrophique de ces glandes, qui deviennent énormes tout en conservant leur forme; elles sont tapissées par le même épithélium cylindrique clair que dans les polypes, et leurs culs-de-sac ne dépassent pas les limites de la musculaire muqueuse.

Puis, et tout à fait près de l'ulcération, on voit, la forme glandulaire persistant encore, les culs-de-sac se dilater; toujours revêtus d'une couche cylindrique, ils forment des cavités pleines de cellules proliférées. En ce point encore la musculaire muqueuse n'est pas dépassée; mais ensuite, et tandis que la portion des glandes correspondant à leur conduit excréteur semble dégénérer, se détruire, leurs culs-de-sac se transforment en cavités rondes ou irrégulières d'épithéliome cylindrique, et ces mêmes cavités d'épithéliome se rencontrent alors en dehors de la musculaire muqueuse, dans la couche celluleuse et la musculeuse. Ce stade épithéliomateux ne persiste pas longtemps, et presque aussitôt, le tissu qui forme alors le fond de l'ulcération présente l'aspect du carcinôme: c'est un stroma fibreux irrégulier, dont les alvéoles sont remplis de cellules polyédriques, à gros noyau, généralement mal colorées; rarement on retrouve encore par places quelques éléments cylindriques,

Dans les ganglions et dans le foie, c'est aussi du carcinôme, sans plus d'apparence d'épithéliome cylindrique.

La description seule de ces lésions, nous semble en dicter l'interprétation. L'identité absolue du tissu des bords de l'ulcération, avec celui des tumeurs polypeuses, ne nous permet pas de le confondre avec ces hypertrophies glandulaires qu'on observe parfois au voisinage des cancers, ou de parties chroniquement enflammées. Il y a bien là un processus, débutant près des formations adénomateuses, de tout point semblables à celles qui sont depuis longtemps décrites sous le nom de polypes muqueux, et plus récemment de polyadénomes gastriques, passant par un stade d'épithéliome cylindrique typique, et aboutissant au cancer vrai. En d'autres termes, adénome, épithéliome, carcinome, se montrent ici trois étapes successives d'une même affection.

Cette transformation des adénomes gastriques en cancer, n'a jusqu'à présent, à notre connaissance, été jamais signalée. Dans un travail complet sur les polyadénomes gastriques, M. Brissaud Archives de médecine, 1885) n'en fait aucune mention. Elle est à rapprocher des transformations semblables, décrites dans les tumeurs de la mamelle, du foie, du rein, mais nous paraît ici présenter une netteté plus grande que dans ces deux derniers cas. Elle nous paraît surtout intéressante au point de vue de l'histoire des tumeurs épithéliales, et de la parenté que, bénignes ou malignes, elles présentent [illegible].

M. Cornil fait observer [illegible] autour du carcinome et de l'épithélioma, on trouve [illegible] les glandes hypertrophiées et dilatées, ainsi que le tissu conjonctif [illegible]. Si les noyaux de généralisation du foie n'ont pas de cellules cylindriques, la tumeur primitive ne saurait être un épithélioma à cellules cylindriques.

M. Ménétrier s'appuie, pour soutenir son opinion, sur ce fait que les culs-de-sac à épithélium cylindrique dépassent les limites de la muqueuse, et ne peuvent pas être de simples glandes hypertrophiées.

M. Cornil est d'avis que les tissus ne sont pas assez conservés dans leur intégrité pour qu'on puisse affirmer nettement les limites de la muqueuse. Il n'y a pas ici les éléments suffisants pour décider s'il y a coïncidence ou transformation.

M. Chauffard a examiné une petite tumeur saillante à la surface de l'estomac, sessile, offrant les caractères des adénomes sans généralisation, et y a vu comme ici des glandes hypertrophiées, dilatées, et au-dessous, dans les tissus sous-muqueux, des cavités épithéliales: cela lui a bien semblé un cas de formation maligne aux dépens d'une tumeur adénomateuse bénigne, mais il n'a pas voulu généraliser sur un cas unique.

M. Cornil pense qu'il faut se méfier des interprétations de ce genre. Dans un cas de cancer du sein généralisé donnant, ce qui est rare, des noyaux secondaires dans l'estomac, il a vu une multiplication des glandes avec dilatation des culs-de-sac, et en même temps, dans le tissu conjonctif profond, un réticulum carcinomateux. Il est certain que dans le cancer de l'estomac, les glandes subissent des modifications, au même titre que le tissu conjonctif, par hypérémie de voisinage.

Quant au véritable point de départ des tumeurs, il est toujours très difficile à déterminer. Robin soutenait qu'elles se développent toutes aux dépens des épithéliums et des glandes; Virchow disait qu'elles venaient toutes du tissu conjonctif. M. Cornil, il y a quelques années, observant le fait des modifications des glandes dont on vient de parler, était convaincu que ces tumeurs prenaient naissance dans les glandes; mais M. Ranvier n'était pas de cet avis, ayant retrouvé les mêmes modifications glandulaires dans des plaques muqueuses ou autres lésions d'ordre banal. Il résulte de tout cela un grand embarras pour prendre une décision.

M. Brault a eu occasion d'examiner cette année une série de tumeurs à épithélium cylindrique. Il résulte pour lui de ces faits que, dans les végétations épithéliales, ces transformations de l'épithélium cylindrique en épithélium cubique peuvent se rencontrer. Il y a quelques analogies entre les noyaux profonds et les carcinomes. Il a l'intention de reprendre cette question avec des pièces à l'appui.

17. Note sur un cas d'hémorrhagie intra-protubérantielle, à foyers multiples et distincts, suivie de mort subite; par L. Vrain, interne à Sainte-Anne.

La malade, femme âgée de 58 ans, est entrée dans le service du docteur Bouchereau, à l'asile Sainte-Anne, en 1879; elle était atteinte de *délire de persécution* avec troubles très intenses de la sensibilité spéciale : hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et du goût, et troubles de la sensibilité générale; élancements et engourdissements dans les membres, sensations des courants électriques, etc., etc. Le début de cette affection remontait déjà à une dizaine d'années, et malgré cela notre malade n'était pas démente. Au point de vue physique, nous n'avons à relever qu'une insuffisance mitrale caractérisée, pendant la vie, par un bruit de souffle très intense et râpeux au 1[er] temps et à la pointe. Cette lésion n'a jamais entraîné aucun trouble fonctionnel et paraît avoir été compensée, jusqu'au dernier moment, par l'hypertrophie du ventricule gauche. Tous les autres appareils de la vie organique fonctionnaient bien et étaient normaux.

Il y a quinze jours, c'est-à-dire au commencement de décembre 1886, les douleurs et les élancements, déjà ressentis par la malade depuis un certain temps, dans les membres supérieurs et inférieurs, parvenaient à un tel degré d'acuité, que le sommeil disparaissait complètement. Cette augmentation des troubles de la sensibilité générale était très nette, et la malade, elle-même, en avait parfaitement conscience. Le 17 décembre au matin, pendant qu'elle faisait son lit, la malade tomba à terre, et mourut subitement sans avoir présenté aucun mouvement convulsif.

L'autopsie a été faite 24 heures après la mort, et voici ce qui a été noté :

1° Les organes thoraciques sont sains, sauf le cœur qui est gras; le ventricule gauche est très hypertrophié, l'orifice mitral est dilaté; les deux valves sont épaissies et rugueuses; on retrouve, sur un point de la valvule, une excavation en forme de godet, teinte en rouge par le sang qui s'y est déposé, et qui paraît résulter d'un petit foyer athéromateux ouvert dans le ventricule.

Nous n'avons rien relevé du côté des organes abdominaux.

2° Le cerveau est sain : pas d'adhérences à sa surface; la coupe des hémisphères cérébraux ne laisse voir ni foyer hémorrhagique, ni foyer de ramollissement.

Le cervelet, le bulbe et la moelle sont sains.

Quant à la protubérance, une coupe portant à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, laisse voir un ensemble de petits foyers hémorrhagiques, au nombre de sept ou huit, dont l'un, plus volumineux, est central, et, dont les autres, plus petits, sont disséminés autour du premier. Ces foyers sont très nettement circonscrits, et aucun d'eux ne communique avec le voisin.

Afin de nous rendre compte de la profondeur de ces différents foyers, nous avons fait plusieurs coupes successives très minces, au-dessus et au-dessous de la première, et nous avons pu voir que le foyer principal avait un centimètre environ de hauteur, tandis que les autres n'avaient guère que 40 à 50 millimètres.

De plus, nous avons remarqué que tous ces foyers se trouvaient sur le même plan dans le tiers supérieur de la protubérance, et que les deux tiers inférieurs de la même protubérance étaient indemnes.

Enfin, les foyers hémorrhagiques ne nous ont pas paru être tous de même âge : l'un d'eux contenait du sang presque noir et caillebotté, tandis que tous les autres étaient remplis d'un sang rouge et analogue à de la gelée de groseille.

Réflexions. — Ce cas nous a paru être intéressant à deux points de vue différents :

1° Au point de vue anatomique : Il est assez rare de trouver 7 ou 8 foyers sanguins tous bien délimités et occupant un seul plan dans l'épaisseur de la protubérance.

Il est assez difficile d'expliquer quelle a pu être la genèse de ces foyers; peut-être pourrait-on admettre que le foyer central (le plus volumineux), s'est produit au-dessous d'un thrombus engagé dans l'une des artères qui pénètrent dans la protubérance, tout le long de sa face antérieure, et que les foyers secondaires (les plus petits) résultent de la rupture des rameaux fournis par cette artère oblitérée, dans l'épaisseur de la protubérance? Ce n'est là qu'une hypothèse de notre part, car, malgré des recherches attentives, nous n'avons pas pu retrouver l'artère oblitérée.

2° Au point de vue clinique, notre observation se rapproche de celles qui ont été publiées par le docteur Couty, dans son mémoire sur les troubles sensitifs d'origine mésocéphalique (voir *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, janvier 1878); ici, en effet, comme chez les malades du D[r] Couty, il y avait depuis une quinzaine de jours (époque probable de l'apparition du premier foyer sanguin), une augmentation anormale de la sensibilité générale, ou mieux, une hypéresthésie généralisée, probablement en rapport avec la lésion protubérantielle.

18. — M. Guillet présente des pièces venant d'un homme de 40 ans. Cet individu, à l'âge de 7 ou 8 ans, avait vu se développer des tumeurs énormes à deux doigts de la main, et à plusieurs orteils. Il y a trois ans il ressent des douleurs vives dans la jambe gauche; puis progresse une tumeur très volumineuse au-dessous du genou. M. Le Fort diagnostique des enchondromes des doigts et des orteils, et un ostéo-sarcome du tibia. L'opération est faite, et on peut voir à l'examen des tumeurs à l'œil nu, qu'on a très probablement affaire en effet à des tumeurs cartilagineuses des doigts et un sarcome du tibia; cependant un examen microscopique est nécessaire.

De telles tumeurs des doigts, d'un pareil volume, sont très rares.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Pozzi fait un rapport sur une observation de M. le D[r] Cauchois (de Rouen) intitulée : *Extraction d'un calcul vésical* de 38/47 millimètres *chez une femme après dilatation de l'urèthre avec des candelles rectales de dimensions croissantes.* M. Pozzi fait suivre cette observation de quelques remarques. La chloroformisation lui paraît indispensable pour cette opération; l'anesthésie locale par la cocaine pourrait, dans quel-

ques cas cependant, être employée. Il faut employer des bougies coniques et non des bougies à bout rond. Les bougies de Hégar pour la dilatation de l'utérus peuvent très bien être utilisées pour dilater l'urèthre de la femme. L'exploration digitale de la vessie doit être faite dès qu'on peut introduire l'index. Enfin l'extraction du calcul doit se faire à l'aide de tenettes spéciales à mors pourvus de fenêtres ovales.

M. BERGER fait un rapport sur une observation de M. JEANNEL (de Toulouse) intitulée : *Désarticulation interscapulo-thoracique à la suite d'une blessure du bras par morsure de lion dans une ménagerie.* Les téguments du bras étaient séparés sur une ligne allant de l'acromion au creux de l'aisselle. On n'opéra que quelques heures après l'accident, le blessé ayant 39°, une fièvre intense, présentant déjà une tumeur emphysémateuse sur le côté du thorax blessé. Après désinfection complète de la plaie, on fit l'opération suivant le procédé de MM. Berger et Farabœuf. Mort 2 heures après l'opération. M. Berger distingue, parmi les cas où cette désarticulation a été pratiquée, ceux où elle a été faite pour un traumatisme et ceux où il y avait une tumeur du membre supérieur à enlever. Parmi les traumatismes, on doit citer : ceux qui sont dus à des coups de feu, à un arrachement ou à un broiement du membre supérieur. Dans les cas de broiement par une machine, par exemple, presque toujours il y a eu mort. Lorsqu'il s'agit d'arrachement, la guérison est très fréquente. M. Berger explique ces faits en disant que, lors d'arrachement, la plaie est plus simple ; dans les attritions, les lésions sont plus graves. Dans le cas de M. Jeannel, il y a eu arrachement, mais broiement aussi, ce qui explique pourquoi quelques heures après l'accident ont apparu des symptômes graves : œdème, emphysème de la région, coloration bronzée des téguments. Les morsures sont encore plus terribles. Ce n'est pas la lésion du squelette qui constitue l'indication de l'intervention chirurgicale, mais bien la lésion des téguments. Faut-il opérer de suite après l'accident ou quelque temps après, comme l'a préconisé M. Lucas-Championnière, cela est discutable et variable avec les cas.

M. POLAILLON a observé, il y a deux ans, un individu qui a eu le bras pris dans la gueule d'un lion et qui présenta une plaie contuse de l'avant-bras sans déchirement des tissus, sans fracture. On se borna à mettre le bras dans un bain antiseptique. Au bout de quelques jours, inflammation diffuse de tout le bras ; la tuméfaction gagne bientôt l'épaule. Délire alcoolique. On fit la désarticulation de l'épaule, avec tous les procédés antiseptiques habituels. Injections phéniquées, pas de réunion, à cause de l'infiltration purulente des parties. Mort quelques heures après. M. Polaillon se demande si, dans ces cas de morsures par animaux féroces, alors même qu'il n'y a ni plaie ni fracture, on ne doit pas de suite recourir à l'amputation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — La distinction faite par M. Berger entre l'arrachement et le broiement ne lui parait pas fondée. Il est d'avis que, lors des grands traumatismes, il ne faut pas opérer quand le blessé est encore sous l'influence du *shock.* Quand il s'agit d'accidents analogues à celui observé par M. Jeannel il faut d'abord essayer de neutraliser les germes infectieux avant d'intervenir et de détruire les matières septiques dans le moignon. Il préfère opérer dans la période intermédiaire plutôt que dans la période primitive.

M. VERNEUIL fait remarquer que ce que vient de dire M. Championnière est écrit depuis longtemps ; mais qu'importe la notion du choc, qu'on ne sait définir, il vaut mieux s'adresser aux indications fournies par la température. Ne jamais intervenir tant que le malade n'est pas à 37°. Ceci est bien connu depuis le mémoire de Redard. Au moment de l'accident, dans les cas où il y a hypothermie, il faut se borner à parer aux accidents immédiatement dangereux, tels qu'hémorrhagies, etc.

M. TRÉLAT. — Le terme de période intermédiaire, voulant dire période fébrile, est aujourd'hui un mot mauvais, qu'on ne devra plus employer désormais. Il est d'ailleurs de l'avis de M. Verneuil.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE maintient le terme de période intermédiaire qui est classique. Il n'est plus contr'indiqué d'opérer pendant cette période à l'heure actuelle, et dans son cas, cité par M. Berger, il a opéré alors que son blessé avait 39°.

M. VERNEUIL distingue : 1° une période (ancienne primaire) antépyrétique, en comprenant 2 autres (hypothermique et période de température normale) ; 2° une période intra-pyrétique (ex-intermédiaire) ou période de la fièvre traumatique ; 3° une période (ex-secondaire) hyperpyrétique, laquelle ne correspond pas du tout à la période intermédiaire.

M. TRÉLAT. Des malades passent instantanément de l'hypothermie à l'hyperthermie. On peut opérer pendant l'hyperthermie.

M. BERGER n'a jamais voulu entrer dans la discussion qu'à soulevée la réponse de M. Lucas-Championnière, puisque le malade de M. Jeannel n'était pas en état de shock, et que M. Jeannel a opéré le thermomètre marquant 39°. Il croit pouvoir attribuer la malignité des morsures par les animaux féroces à ce que leur alimentation consiste surtout en viande pourrie, charogne, etc.

M. BERGER fait un autre rapport sur une observation de M. JEANNEL, intitulée : *Rétention des règles dans une des moitiés d'un utérus double et oblitérée au niveau du col.* Il s'agit d'une femme de 26 ans, présentant une tumeur du ventre, un état général grave ; elle était mariée, avait eu des rapports sexuels, mais n'avait jamais été réglée. Elle présentait des accès douloureux périodiques très intenses et un facies utérin. La tumeur abdominale était solide, multilobée. Malformation des organes génitaux externes, clitoris très grand avec rainure inférieure (brides masculines du vestibule de Pozzi), vagin étroit. On opéra en incisant la tumeur faisant saillie dans le vagin. On en retira environ 1 litre de sang coagulé et des caillots. Mort 2 heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva une tumeur adhérente à tous les organes de l'abdomen (vessie, rectum, etc.). M. Berger dit qu'on aurait pu penser, dans ce cas, à une hématocèle latéro-utérine ou à une hématocèle tubaire. Il repousse ces deux diagnostics et admet celui de M. Jeannel, parce que la paroi de la tumeur présentait une grande quantité de fibres musculaires lisses. Il croit que M. Jeannel a bien fait d'opérer comme il l'a fait, ce qui prouve qu'une opération faite contre une rétention des règles n'est pas toujours sans danger.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE prétend que l'opération qu'il fait dans les cas de rétention des règles est inoffensive dans les cas ordinaires. En ce qui concerne le fait de M. Jeannel, il y a là une erreur de diagnostic patente et probablement une erreur d'intervention. Il s'agissait bien d'une hématocèle et il aurait fait, lui, la laparotomie.

M. BERGER maintient et défend le diagnostic de M. Jeannel.

M. MONOD fait une communication sur l'*ablation d'un testicule ectopié devenu douloureux.* Il a fait, avec M. Artaud, des recherches sur l'état anatomique et physiologique des testicules ectopiés, dont les lésions varient avec l'âge de l'ectopie.

M. KIRMISSON présente une pièce provenant de l'*autopsie d'un genu valgum.* La difformité serait due à une courbure prononcée de l'extrémité inférieure du fémur, au-dessus de l'articulation du genou. On sait que Mac Ewen y insiste. Le malade avait été opéré avec l'appareil ostéoclaste de Robin (de Lyon), mais la déformation réapparut bientôt.

M. LANNELONGUE reviendra sur ce dernier fait.

M. TERRILLON montre une malade atteinte d'*hydarthrose chronique du genou,* guérie par une injection phéniquée à 3 0/0 et pratiquée de telle sorte que le liquide sortait clair de l'articulation lorsqu'il cessa l'injection.

M. RICHELOT a traité ainsi avec succès une hydarthrose aigue.

M. RICHELOT a fait avec succès l'opération recommandée aujourd'hui par M. Terrillon.

M. SCHWARTZ a opéré de la même façon.

M. BOUILLY aussi, mais dans deux cas il n'a pas eu de succès.

M ROUTIER montre les pièces se rapportant à une *pyosalpingite* qu'il a opérée.

La Société de Chirurgie ne tiendra sa prochaine séance que le 5 octobre, à cause des vacances. MARCEL BAUDOUIN.

MÉDECINS-SÉNATEURS. — M. le Dr LANNELONGUE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été désigné comme candidat à l'élection sénatoriale, par les délégués républicains réunis en congrès à Auch (Gers).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 11 juillet 1887. — Présidence de M. Horteloup.

Discussion de la communication de M. Budin sur les ruptures spontanées du cordon (1).

M. Descoust. — J'avais l'intention d'adresser quelques questions à M. Budin sur sa dernière communication. Je sais qu'il devait faire des expériences sur la fragilité du cordon étudié immédiatement après la sortie de l'enfant, alors qu'il est encore rempli de sang ou envisagé quelque temps après sa section. M. Budin pourrait-il nous communiquer les résultats de ses recherches ?

M. Budin. — Les expériences que j'ai entreprises avec un de mes élèves, M. Lamarre, ne sont pas encore complètes. Il s'agissait de savoir si le cordon rempli de sang était plus fragile que la tige funiculaire n'ayant que des vaisseaux vides. En supposant que cette fragilité soit plus grande, je puis affirmer qu'il n'est pas nécessaire de l'invoquer pour expliquer la rupture du cordon qui se produit dans certains cas où la femme accouche debout.

M. Descoust. — On nous présente presque toujours pour les expertises médico-légales des enfants nouveau-nés qui possèdent un cordon plus ou moins long; or, il est souvent très difficile, quelquefois même impossible de rompre ce cordon en exerçant sur lui des tractions. Si on laisse tomber l'enfant de toute la hauteur du cordon qui est tenu d'une main par son extrémité libre, on ne voit généralement pas ce cordon se rompre. Ces faits sont donc en contradiction avec les observations qui ont été apportées par M. Budin et avec les expériences qu'il vient de nous citer. Les faits de M. Budin pourraient donc être opposés aux conclusions ordinaires des médecins légistes. Peut-être le cordon est-il moins résistant au moment même où l'enfant est expulsé que quelques jours plus tard. Cette question devrait être résolue au point de vue de l'étiologie des fractures du crâne, lorsqu'on invoque la chute du fœtus sur le sol. Ce qui est certain, c'est que, quand on cherche à rompre le cordon en exerçant des tractions, il glisse entre les doigts et on ne réussit que difficilement.

M. Budin. — La question que soulève M. Descouts présente une certaine importance. En effet, si le cordon peut parfois se rompre spontanément sous l'action du poids de l'enfant et si ce dernier tombe par terre ou dans les cabinets, la femme peut n'être pas coupable ou n'être coupable que par défaut de soins. Si, au contraire, le cordon ne peut se rompre sous l'action du poids du nouveau-né, il faudrait en conclure que des tractions ont été exercées sur le cordon ou qu'il a été sectionné. Les faits cliniques et les expériences démontrent d'une façon indiscutable que la rupture peut avoir lieu sous l'action du poids de l'enfant. Klein en avait réuni 183 faits; Winckel en cite 42 observés à la Maternité de Dresde; Koch vient d'en rapporter récemment 6 exemples; nous en avons vu nous-mêmes plusieurs à la Charité.

Les expériences prouvent également qu'une force considérable n'est pas toujours nécessaire pour déterminer la rupture du cordon. Les difficultés que M. Descouts a rencontrées s'expliquent par ce simple fait qu'il a signalé : le cordon glisse entre les doigts. Il faut pouvoir le saisir de telle façon qu'il n'y ait pas de glissement. Pour cela, nous avons fait usage de fortes pinces analogues à celles qui sont employées dans l'ovariotomie; les mors des pinces étaient recouverts de caoutchouc ; enfin le cordon, au niveau du point qui était saisi, était entortillé d'un linge assez fortement serré. De la sorte, l'instrument ne glissait pas, et, de plus, on ne produisait aucune section de la membrane amniotique, ce qui eut facilité la déchirure. Un dynamomètre spécial était accroché à l'une des pinces et on mesurait ainsi la force qui était déployée. Nous avons vu le cordon vide de sang se rompre sous des tractions qui égalaient 2.000, 2.250, 2.400, 3.750, 4.000 grammes et au delà, jusqu'à 11 et 14 kilogrammes. Des cordons, dont les vaisseaux étaient remplis d'eau chaude, se sont rompus sous des tractions de 3 kil., 4.500, etc... Par conséquent, l'enfant en tombant peut, dans certains cas, déterminer la rupture du cordon, ce qui avait été déjà démontré par les expériences de Négrier, Spæth, Pfannkuch et Schatz.

Il y a plus, M. Tarnier nous a autorisé à vous communiquer le fait suivant, qu'il se réserve de publier *in extenso*. Le 10 mai dernier est accouchée à la Maternité une femme dont l'enfant se présentait par l'extrémité pelvienne. La dilatation étant complète, elle fut mise en travers du lit, dans la position obstétricale. Un enfant pesant 2.050 gr. fut expulsé. Pendant qu'on attendait que les battements eussent cessé dans le cordon pour en faire la ligature, le placenta fut chassé brusquement des organes génitaux et tomba; le cordon se rompit au voisinage de son insertion ombilicale.

Ajoutons encore que parfois le cordon se rompt sous l'action de simples tractions exercées pour défaire des circulaires qui existent autour du cou : plusieurs faits de ce genre ont été observés par Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité, et Koch vient d'en rapporter 2 cas.

Ainsi donc le cordon se rompt facilement, ce qui explique comment des enfants ont pu tomber dans des cabinets d'aisance, ainsi que Skreczka et Koch, en particulier, en ont apporté des exemples. Voici un fait analogue et récent qui nous a été communiqué par Mme Henry.

La nommée T..., domestique, habitant la banlieue de Paris, vint à la Maternité, le 6 décembre 1886, à 7 heures du soir ; elle *ne croyait pas être accouchée* et *se disait grosse de 8 mois environ*. Elle ajouta que ce même jour, à cinq heures du soir, étant debout dans la cuisine, elle avait senti, sans malaise d'aucune sorte, qu'elle perdait de l'eau. Elle prévint ses maîtres qui envoyèrent chercher une voiture pour la conduire à la Maternité.

Avant de partir, elle sentit le besoin d'aller aux cabinets d'aisance, là elle n'éprouva pas de douleurs et n'observa rien de particulier. A son arrivée à la Maternité, elle parut tout à fait étonnée lorsque, après l'avoir examinée, on lui dit qu'elle était accouchée ; on vit que la partie inférieure de la vulve présentait quelques petites éraillures produites par le passage récent d'un fœtus assez volumineux; le périnée était intact. Le vagin contenait quelques caillots, le col était ouvert mais reformé, l'utérus petit.

Les jambes et les vêtements de cette femme étaient souillés par du sang frais (la malade ne s'en était pas du tout rendu compte) ; voyant cela, Mme Henry pensa que le placenta venait d'être expulsé ; en effet, en faisant des recherches, il fut trouvé devant la porte de la Maternité, à la place où cette femme était descendue de voiture. Il n'était pas altéré et pesait 320 grammes. Le cordon avait été déchiré à 36 centimètres de l'insertion placentaire.

L'administration, prévenue de ce fait, fit faire des recherches immédiates pour savoir où était resté l'enfant ; il fut trouvé mort dans les cabinets où cette femme s'était rendue avant de monter dans la voiture qui devait la conduire à la Maternité.

Si on interroge cette femme, elle ne nie pas sa grossesse, elle renseigne même sur le terme qui serait, d'après elle, de 8 mois. Elle affirme que, quoique secondipare, elle n'a pas senti passer son enfant.

La facilité que présente le cordon à se rompre peut donc avoir une grande importance et il en résulte qu'on sera parfois obligé de se montrer très réservé.

M. Vibert. — Il ne paraît pas douteux que la rupture du cordon ne survienne parfois, la femme accouchant debout. Sur ce point, l'opinion générale est fixée. Dans la communication qu'il nous avait faite, M. Budin nous avait apporté des exemples de rupture du cordon, la femme accouchant dans la situation horizontale : j'avoue que jusque-là je n'aurais pas cru à ces faits et qu'en cour d'assises j'aurais nié leur possibilité.

M. Descoust. — Les faits apportés par M. Budin de rupture du cordon, la femme étant couchée, me semblent tout à fait extraordinaires et susceptibles d'être critiqués. Dans l'observation de Spaeth, en particulier, on voit que le cordon était friable et que l'enfant âgé de 9 mois lunaires était

(1) Voir *Progrès médical*, 1887, t. V, n° 17, p. 330.

macéré ; l'enfant avait été lancé à 50 centimètres environ et son cordon ne mesurait que 30 centimètres de longueur. Dans une des observations de M. Budin, il est dit qu'au moment de la sortie des membres, on s'aperçut que le cordon était enroulé autour d'une des cuisses de l'enfant. Ces conditions me paraissent être exceptionnelles et infirmer l'opinion émise par M. Budin.

M. LAUGIER. — Le professeur Hoffmann (de Vienne) croit que le cordon peut se rompre, dans certains cas, sous une traction de 500 grammes : cela rendrait les observations publiées par M. Budin parfaitement admissibles.

M. HÉMEY.—Il ne suffit pas d'envisager les cordons d'une façon générale, il faut surtout tenir compte de l'état particulier de chaque cordon. Il faut donc examiner avec soin tout cordon qui a été le siège d'une rupture.

M. DE BEAUVAIS.—Je me range à l'opinion de M. Hémey ; il importe de tenir compte de chaque cordon en particulier.

M. VIBERT. — Dans les rapports de médecine légale, on décrit avec soin l'état du cordon et des annexes, mais il est un facteur dont il faut aussi tenir compte, c'est la force qui détermine l'expulsion du fœtus.

M. BUDIN.—J'avoue que je ne comprends pas très bien les objections de M. Descoust. Il critique l'observation de M. Spaeth; or je l'avais fait précéder de ces mots : « les faits publiés jusqu'ici sur ce sujet sont extrêmement rares. Spaeth en a rapporté un, *mais* l'enfant était mort et macéré... ». Le *mais* dont je m'étais servi me paraissait suffisamment explicite. — L'enroulement du cordon autour d'une des cuisses du fœtus, dans l'une de mes observations, a peut-être favorisé la rupture, mais cette rupture spontanée, la femme accouchant sur le dos, n'en est pas moins réelle. Notre seconde observation et celle publiée par Dupuy n'offrent aucune prise à la critique et conservent toute leur valeur. La fragilité du cordon joue un certain rôle, mais il faut tenir compte aussi des forces qui déterminent l'expulsion parfois violente des fœtus, je veux dire la contraction utérine et l'effort. On sait combien, dans certains cas, il est difficile à l'accoucheur de s'opposer à la sortie rapide de la tête; quand la main est introduite dans la cavité utérine pour faire la version, elle se trouve parfois comprimée avec une violence dont on conserve douloureusement le souvenir ; la contraction utérine peut, dans les rétrécissements du bassin, être si puissante qu'elle détermine des enfoncements et des fractures du crâne du fœtus. Quand un effort violent vient s'ajouter à cette contraction, on comprend que le fœtus puisse être lancé avec une force telle qu'il y ait rupture du cordon.

Certes, ces faits sont exceptionnels, absolument exceptionnels, puisque malgré toutes mes recherches bibliographiques, je n'ai pu trouver qu'une observation analogue aux miennes, celle de Dupuy, et c'est parce qu'ils sont si exceptionnels, qu'ils m'ont paru dignes d'intéresser la Société de médecine légale à laquelle je les ai communiqués sur le conseil de M. Brouardel.

REVUE DES MALADIES SYPHILITIQUES

I. **La pratique des maladies vénériennes** ; par P. DIDAY. — Paris, Asselin et Houzeau, 1886.

II. **Les herpès génitaux**; par P. DIDAY et A. DOYON. — Paris, G. Masson, 1886.

I. Voici encore un livre sorti de la plume de l'infatigable syphiliographe lyonnais, M. Diday. Ce Nestor de la syphiligraphie se propose dans cet ouvrage d'attirer l'attention des jeunes praticiens, voire même des vieux, sur une foule de détails que la longue pratique seule peut enseigner et qui trouvent difficilement place dans les traités didactiques. La manière d'interroger les malades, la nécessité de leur faire mettre les points sur les *i*, les explications minutieuses, relatives à la manière d'administrer les remèdes, dans lesquelles le médecin doit entrer, tout cela est passé en revue à propos de chaque maladie, tout cela est écrit de cette main alerte et vive que les ans n'ont point affaiblie. A chaque instant l'exposition est coupée par le récit familier et succinct d'une observation destinée à mieux graver dans l'esprit la pensée de l'auteur, et presque toujours ce récit contient quelques réflexions ou quelques mots piquants destinés à enfoncer le souvenir dans la mémoire du lecteur.

Ce livre se lit donc sans peine et est plein d'enseignements, même pour les médecins rompus à la pratique des maladies vénériennes. On y trouvera des discussions intéressantes sur les parties les plus ardues de la thérapeutique vénérienne; ainsi la blennorrhée, cette affection si ennuyeuse pour le médecin et pour le malade est examinée à fond tant au point de vue des causes qu'au point de vue du traitement. On n'adoptera peut-être pas toujours toutes les propositions de M. Diday, mais toutes donneront à réfléchir. L'influence des fatigues, des chagrins, des causes débilitantes en général sur la gravité et la durée des accidents syphilitiques, sur leur réchauffement après extinction apparente, est mise dans tout son jour et, à ce propos une anecdote pourra donner une idée de la manière de l'auteur. Après avoir énoncé le fait en général M. Diday cite plusieurs exemples à l'appui. Nous détachons le suivant :

« Je voyais », dit-il « se succéder et s'éterniser les poussées secondaires chez un monsieur de trente-cinq ans dont l'hygiène me semblait irréprochable. J'avais en vain scruté toutes les fonctions, tous les organes, sondé tous les côtés susceptibles d'être des côtés faibles lorsqu'une idée me vient : — Et les femmes ? — Oh! Monsieur, je n'en use que très modérément. — Précisons un peu, s'il vous plaît. — Mon Dieu, comme tout le monde. — Mais encore ? Eh bien, une seule fois par jour. — Je le ramenai, non sans peine », ajoute M. Diday, « à une moyenne plus conforme aux réalités usuelles ; et du même coup, lui et la syphilis, la syphilis et lui prirent une plus paisible allure. »

C'est sous cette forme très légère en apparence, mais très sérieuse au fond, que M. Diday présente au public médical les résultats de sa vaste expérience. Son livre sera donc lu en même temps avec plaisir et profit.

II. Les herpès génitaux, pour être une affection sans gravité réelle n'en constituent pas moins un intéressant objet d'étude, et cela à double titre : d'abord, certaines formes sont si rebelles que, si elles viennent à frapper un sujet tant soit peu névropathique elles deviennent pour lui et parfois pour son médecin un véritable cauchemar; en second lieu, on ne peut toucher à la pathologie de cette petite lésion sans aborder en même temps quelques-uns des problèmes les plus délicats de la pathologie générale.

Tout le monde connaît au moins de nom l'herpès dit *récidivant* des parties génitales à l'étude duquel s'est spécialement attaché en France M. Doyon l'un des auteurs de la brochure qui nous occupe actuellement. Or, d'après MM. Diday et Doyon cette variété d'herpès, la plus ennuyeuse de toutes (sauf peut-être le zona) aurait une pathogénie toute spéciale. Elle reconnaîtrait toujours pour cause première une maladie vénérienne antérieure, et, le plus souvent, un chancre simple ou chancrelle ; de plus, elle ne se manifesterait que chez les sujets arthritiques. L'exposé de cette doctrine intéressante, en tout cas, originale, mérite de nous arrêter principalement. Mais d'abord, disons un mot des divers herpès progénitaux : MM. Diday et Doyon reconnaissent les formes suivantes : 1° l'herpès irritatif, analogue de l'herpès labialis, affection insignifiante très commune chez la femme, parfois précédée de quelques symptômes généraux; 2° l'herpès pseudo-membraneux ou diphtéroïde, beaucoup plus sérieux que le précédent : cette affection s'observe chez la femme et aboutit à une sorte de vulvite couenneuse. L'herpès diphtéroïde s'accompagne de fièvre, de courbature, de douleurs vives et peut durer de dix à vingt jours ; 3° l'herpès névralgique. Cette curieuse espèce d'herpès génital a été signalée pour la première fois par M. Mauriac qui en a observé quatre cas, tous les quatre chez des hommes. Cet herpès s'accompagne de douleurs ayant une grande analogie avec celles du zona, précédant un peu l'apparition des vésicules

et pouvant leur survivre quelque temps. Pour MM. Diday et Doyon, l'herpès névralgique de M. Mauriac serait bien un véritable zona, modifié seulement par son siège aux parties génitales. C'est là une vue intéressante, mais dont la justesse ne pourra être établie que par de nouvelles recherches qui se feront peut-être longtemps attendre. En effet l'herpès névralgique des parties génitales est fort rare.

4° Enfin l'herpès progénital récidivant. C'est sur cette espèce, certainement la plus importante, que MM. Diday et Doyon s'étendent surtout. L'histoire qu'ils en ont tracée comprend d'abord une description clinique très complète puis une longue discussion sur la pathogénie de l'herpès récidivant. Ils aboutissent à une conclusion intéressante et fort originale que l'on ne doit peut-être pas accepter sans réserve, mais qui mérite d'être connue. D'après nos auteurs l'herpès récidivant, affection vésiculeuse, parfois simpleplement érythématheuse, toujours circonscrite à un point limité de l'appareil génital surviendrait toujours à la suite d'une maladie contagieuse de cet appareil et aurait pour caractère principal de se reproduire à des périodes plus ou moins éloignées parfois assez régulières et cela pendant six ou huit ans, parfois même bien davantage. Chaque poussée dure cinq à six jours en moyenne, mais quelquefois plus longtemps, dix à douze jours par exemple. Après une poussée violente, la période d'indemnité serait habituellement plus longue, et, d'une manière générale, l'intervalle entre deux poussées consécutives tendrait à augmenter à mesure que l'on s'éloigne du début de la maladie. Les écarts de régime, le coït avec des femmes différentes favoriseraient l'éclosion de l'herpès; au contraire la vie très régulière, le coit avec une femme toujours la même favoriseraient l'atténuation ou la guérison de la maladie. En somme l'herpès récidivant n'a d'importance que parce qu'il est *récidivant*, qu'il revient avec une ténacité désespérante.

Au point de vue de la pathogénie, l'opinion de MM. Diday et Doyon, opinion dont le premier de ces médecins est le père et le second le parrain, peut se résumer ainsi :

L'herpès, reconnaissant toujours pour cause première une blennorrhagie, une chancrelle ou un chancre, est dû à un virus atténué qui se sème et se ressème sans cesse sur le même point. Cet agent virulent n'a de prise que sur les sujets arthritiques.

Ainsi, sans maladie vénérienne préalable, point d'herpès récidivant. Point d'herpès récidivant non plus sans arthritisme. Il faut donc pour qu'on devienne herpétique relaps être tout d'abord arthritique et en second lieu vénérien.

La thèse de MM. Diday et Doyon est défendue avec un brio et un luxe d'arguments qu'on ne saurait lire sans un vif intérêt, mais qui font penser involontairement aux preuves physiques, métaphysiques et morales que l'on accumule parfois pour démontrer des choses indémontrables. Si disposé que nous soyons à admettre l'intervention du petit *Deus ex machina* de la médecine contemporaine, c'est-à-dire du microbe, si convaincu que nous soyons des effets de l'atténuation des virus, nous aurons toujours peine à croire que trois virus différents, celui de la blennorrhagie, celui de la chancrelle et celui du chancre puissent engendrer un même microbe abâtardi qui ne pourra plus donner lieu qu'à des poussées d'herpès et nous serons, jusqu'à nouvel ordre, plus porté à croire que les diverses maladies vénériennes laissent après elles soit une tendance congestive, soit une lésion légère des extrémités nerveuses dans les organes affectés et en font ainsi des *loci minoris resistentiæ*. La périodicité des poussées d'herpès chez des sujets arthritiques n'a rien pour nous de plus surprenant que la périodicité des migraines ou des flux hémorrhoïdaires chez ces mêmes sujets. Quoi qu'il en soit, la monographie de MM. Diday et Doyon est des plus instructives, et sera lue avec un vif intérêt. Terminons en disant que l'emploi des eaux sulfureuses et notamment une ou plusieurs saisons à Uriage peuvent quelquefois venir à bout des herpès génitaux les plus rebelles.

Dr A. Malherbe.

CORRESPONDANCE

Prophylaxie de la syphilis.

A Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Cher Monsieur,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt dans les derniers numéros du *Progrès médical* le rapport magnifique de M. A. Fournier sur cette question si grave, la prophylaxie de la syphilis, — et j'ai pensé, qu'il serait peut-être intéressant à ceux qui s'occupent de cette question en ce moment de savoir le système qui est employé à Honolulu, aux îles Hawäi, où, comme tout le monde sait, la syphilis a fait déjà beaucoup de dévastation, mais n'est plus une maladie fréquente, grâce aux efforts des autorités médicales. Voici, en quelques mots, la réglementation des prostituées : Chaque prostituée est forcée d'inscrire son nom, âge et adresse et de se présenter toutes les semaines, pour être examinée, au dispensaire spécial attenant à l'hôpital de la Reine.

Si, après avoir été examinée, on trouve qu'elle est affligée de la syphilis, ou de quelque maladie vénérienne, même des maladies de la matrice et du vagin, elle est forcée d'entrer à l'hôpital, et d'y rester pendant la durée de sa maladie. Si elle sort de l'hôpital sans permission ou sans certificat de guérison, ce qui est arrivé quelquefois, malgré une surveillance rigide, elle est recherchée immédiatement par une police spéciale.

Dans le cas où elle s'échapperait une deuxième fois, elle serait mise en prison pour une période de dix, vingt jours, ou un mois, à la fin de laquelle elle se trouvera bien contente de retourner à l'hopital et de suivre son traitement.

On peut dire qu'ici le traitement est poursuivi pendant le séjour de la malade en prison par le médecin qui y est attaché. Il y a maintenant plusieurs années que ce système a été employé, et il est certain que la proportion de la syphilis et des maladies vénériennes a beaucoup diminué. Veuillez agréer, etc.

Henri Goulden Mac Grew, M. D.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur les hernies du gros intestin considérées spécialement dans les régions inguinale et crurale; par le Dr Mérigot de Treigny. — Steinheil, 1887.

Cette thèse n'est pas seulement une étude complète des hernies du gros intestin, nous y trouvons encore une théorie nouvelle fort ingénieuse sur la formation de ces hernies. Jusqu'à présent la disposition du sac, qui est le point véritablement intéressant dans les hernies du gros intestin et qui fait de ces hernies une variété absolument distincte, était expliquée par la veille théorie de Scarpa qui admettait quo dans les hernies à sac complet c'était la distension du péritoine, dans les hernies à sac incomplet ou sans sac c'était le glissement de l'intestin sous le péritoine qui étaient les véritables agents de la formation du sac. M. Mérigot de Treigny combat cette théorio, et il essaye de démontrer que les deux causes invoquées par Scarpa doivent être remplacées par les différentes anomalies qui peuvent exister dans les rapports du gros intestin avec le péritoine.

L'étude de ces anomalies, qui est la base de ce travail, en est aussi le chapitre le plus intéressant et le plus étudié. Après avoir rappelé les divergences des auteurs sur ce sujet, notamment à propos du cœcum, qui d'après les uns serait libre, d'après d'autres serait complètement appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen par le feuillet péritonéal ; l'auteur, s'appuyant sur les travaux récents de Trèves et de Tuffier, rattache ces divergences non à une erreur d'observation mais à l'existence d'anomalies congénitales fréquentes qui toutes sont dues à un trouble dans l'évolution embryonnaire du tube digestif. Chez l'embryon le gros intestin compris d'abord dans le pédicule mésentérique s'allonge peu à peu, et à mesure que le cœcum se rapproche de la fosse iliaque et perd sa mobilité et il ne devient fixe que quand il a pris sa place définitive. S'il y a arrêt prématuré de développement, le cœcum reste mobile, et cette mobilité qui parfois remonte un peu sur le côlon peut dans certains cas extrême s'étendre au côlon ascendant et même à tout le gros intestin qui est alors muni d'un mésentère (cas de Farabeuf), si au contraire au lieu d'un arrêt il y a exagération dans le développement, le cœcum perd son mésentère et il est directement appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen par le péritoine qui dans certains cas fort

rares peut fixer de même la partie terminale de l'intestin grêle (cas observé par l'auteur).

C'est en s'appuyant sur ces données que l'auteur passe en revue l'anatomie pathologique, la pathologie et l'étiologie de ces hernies.

On lira avec intérêt les chapitres ayant trait aux symptômes, au diagnostic, au pronostic, mais il n'y a là aucune notion nouvelle. Le traitement est exposé avec soin, et l'auteur insiste sur les indications opératoires qui peuvent se présenter. La situation est souvent difficile, lorsque dans le cours d'une kélotomie on se trouve en présence d'adhérences naturelles de l'intestin ; l'auteur résume dans les deux dernières pages de sa thèse les règles qu'il semble préférable de suivre en pareil cas.

G. Maunoury.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1636. 10 *Décembre.* — La Compagnie voyant le grand nombre de mallades qui entrent journellement audict Hostel Dieu, qui est en telle quantité qu'il y a eu des jours qu'il en est entré jusques a cent dix, les aultres quattre vingtz, et le moindre soixante, qui fait qu'ilz sont de présent jusques a dix huict cent vingt deux, considérans que le nombre de relligieuses qui sont audict Hostel Dieu, qui est de cent n'est suffisant pour adsister ceste grande quantité de mallades, item que les salles que l'on a augmentees pour loger plus au large lesditz mallades et les maisons de St. Louys et de St Marcel que l'on a ouvertes où il y a present cinq cens mallades de la contagion qui est cause que dudict nombre de cent relligieuses il en fault tirer dix sept pour envoyer ausdictes deux maisons, dix sept qui sont mallades et quelques-unes qui sont pour adsister les mallades de la ville, d'ailleurs que le nombre qui restent audict Hostel Dieu n'est suffisant, s'est pourquoy après une meure deliberation, la Compagnie a ordonné que le nombre desdictes religieuses sera augmenté de vingt, à la charge neantmoings que lesdictz malades venant a diminuer, lesdictes relligieuses seront réduites au nombre entier de cent, ce faict, ladicte Compagnie a mandé au Bureau monsieur le maistre et la dame Prieure, ausquelles ledict seigneur Premier President leur a faict entendre l'intention de ladicte Compagnie, qui estait d'augmenter le nombre desdictes relligieuses de vingt, à ce que les pauvres fussent mieulx adsistez, *qu'il y avoit eu plainctes contre aulcunes desdictes relligieuses lesquelles au lieu de s'apliquer comme elles le devoient au service des pauvres, s'adonnoient à la prière et méditation la meilleure partie du temps, que s'estait chose bonne que de prier, mais que leur principalle fonction estoit le service des pauvres, d'ailleurs que l'on faisoit aprendre à lire et à escrire ausdictes religieuses et que l'on n'en vouloit recepvoir qu'elles ne scussent lire et escrire,* que cela ne debvoit point estre permis, comme n'estant point necessaire en ceste maison, surquoy ledict sieur maistre au spirituel prenant la parolle a dict que l'augmentation desdictes relligieuses estoit tres necessaire pour les raisons susdites, *que ce qu'il recommandoit davantage ausdictes relligieuses estoit de quitter le crucifix*, mesme la communion sy frequente, pour vacquer au pansement desdictz mallades, que Dieu avoit ce sacrifice plus agréable, qu'il estoit besoin que quelques-unes desdictes relligieuses seussent lire et escrire, principalement la chefvetaine, pour escrire le nombre des mallades qu'ilz ont en leurs offices, les noms d'iceulx et ceux qui decedent et qui sortent pour rendre leurs habitz en sortant, et que l'on n'a point refusé aulcune fille qui se soient présentées pour estre relligieuses soubz ce prétexte, quant elles ont d'ailleurs les conditions requises, et qu'il y en avoit qui se sont présentées pour estre religieuses qu'ilz envorront *au Bureau au premier jour.* (*Reg.* 17 *et* Docum^ts, tom. I, p. 77).

On voit toujours que les religieuses mettent les prières avant le travail. Les soins à prodiguer aux malades sont choses tout à fait secondaires. La méditation ! quelle belle apologie de la paresse ! et celui qui a dépeint la méditation en ces termes : « fermer les yeux et ne penser à rien » a dit bien vrai.

La délibération suivante, déjà publiée dans les *Documents*, montre à quel point les rigueurs du clergé étaient nuisibles à la santé des malades. Deux des médecins de l'Hôtel-Dieu adressent à ce sujet aux administrateurs le rapport suivant :

1636. — 25 janvier. — Cedict jour sont comparus au Bureau Messieurs Moreau et Pillon, médecins ordinaires dudict Hostel Dieu, qui ont remonstré à la Compagnie que ung des chefs principaux, qui causent tant de recheutes et récidives de mallades, qui sont audict Hostel Dieu, et qui leur donnent tant de cours de ventre et de flux de sang, et les y entretient si longuement, sont que pendant tout le caresme et jours maigres de l'année on donne indiferemment aux mallades du poisson, des pruneaulx, des bouillons aux herbes et au bœurre, et choses semblables de peu de nourriture et de mauvais suc, que pour le debvoir de leur charge et conscience, ilz estoient obligez de remonstrer à ladicte Compagnie que les pauvres mallades estans de mesme temps composez de cher et de humeur comme le reste des hommes qui sont en ceste ville et ailleurs, ausquelz l'on fait prendre des bouillons à la chair, user de viande et interdire l'usage de poisson, lorsqu'ilz sont detenus par quelque infirmité de conséquence, *que lesditz pauvres malades estans subjects à pareille, voire plus grandes infirmitez que les personnes riches et aisées, ilz doivent aussy estre traictées en leurs maulx comme eulx, nourris et alimentez tant que faire ce peult de mesmes viandes, et n'avoir point de jour d'eslection de chair et poisson non plus qu'eulx lorsquilz sont en malladie,* à ce subject les bouillons maigres estans de fort peu de nourriture, relaschans la force et la vigueur de lestomacq, engendrans des vantositez et sescoulans trop aisément par le ventre, le poisson étant de mauvais suc, nugueux et pituiteux, qui se pourit et corrompt aisément dans les estomacs foibles et atténuez, les pruneaulx mesmes, bien que moings malfaisans, estantz alimentz médicamenteux qui ne doivent estre donnez que avec une grande discrétion à certains mallades, et ce encore de fois à aultre, et non continuellement pour servir de vrai et solide aliment tout ung caresme, et que telles et semblables viandes pourroient estre nuysibles aux mallades, doibvent estre réjettéz de leur nourriture (1) et que l'*on doit permettre aux mallades de manger des bouillons à la chair* pourvu qu'elle soit de bon suc, facille à cuyre à l'estomac, et aysée à distribuer par les veynes du corps toutte l'année, sans distinction ny du caresme ny daulcuns jours maigres.

Surquoy ladite Compagnie ayant mis l'affaire en délibération, ayant esgard aux justes raisons proposées par lesdicts Moreau et Pillon a arresté que pendant le caresme prochain et aultres jours maigres de la présente année, il sera donné aux mallades dudict Hostel Dieu de la viande, au lieu de poisson, à la réserve toutefois d'aulcunes femmes des accouchées, où il sera pourveu selon le temps, et que à cest effect l'on verra Monsieur l'archevesque et Messieurs du Chappitre de Paris pour en donner la permission, en ce qui concerne le spirituel. (*Reg. des Délibérations de l'Hôtel-Dieu de Paris.* Reg. 17 et Doc., tome I, p. 76). A. Rousselet.

Technique dentaire.—Les deuxièmes molaires supérieures.

Les deuxièmes molaires supérieures un peu moins volumineuses que les premières, dans nos races, ne sont le plus souvent munies que de trois cuspides, tandis que les premières en possèdent au moins quatre.

De ces trois, deux sont externes, et l'autre interne. Lorsqu'il s'en trouve un quatrième, il est de beaucoup plus petit que les trois autres.

La couronne des deuxièmes molaires est moins forte que celle des premières. Les racines moins divergentes par conséquent, le collet de la dent est moins rétréci. Les racines antérieures et postérieures sont quelquefois soudées ensemble. D'autres fois encore, les trois racines ne forment qu'un seul et même bloc, sur lequel apparaissent des divisions plus ou moins marquées indiquant le nombre des racines. Il n'est pas rare non plus de trouver des deuxièmes molaires fortement aplaties dans leur couronne dans le sens antéro-postérieur et présenter ainsi un diamètre transverse ou vestibulo-buccal considérable. Ces dents ordinairement possèdent une racine assez longue aplatie elle-même dans le même sens que la couronne. Cette racine présente certaines courbures ou sinuosités qui sont, outre la forme de la couronne, un obstacle de plus à l'extraction. La conformation normale des deuxièmes molaires, vu le peu d'étranglement habituel de leur collet, et le peu de divergence des racines, permet à l'opérateur de faire facilement l'extraction de ces dents avec le même davier qui sert aux premières molaires. Le Manuel opératoire est le même, détacher d'abord de leurs connexions membraneuses. Après avoir saisi la dent avec le davier, les racines externes par un mouvement de dehors en dedans, sans brusquerie; mais sans faiblesse, puis tirer en dehors et en bas, en suivant une ligne parallèle à la direction de la racine palatine ou interne. De cette façon la dent viendra facilement et sans encombre. Lorsque l'opérateur se trouve en présence d'une anomalie semblable à celle que nous avons citée plus haut, il devra prendre surtout ses mesures dans la bonne application des

(1) L'intolérance du clergé se fait de plus en plus sentir. Comme ont le courage de l'affirmer les médecins Moreau et Pillon, les robes noires permettent aux riches malades qui paient, la viande et la chair les jours maigres. Les pauvres peuvent mourir ; ils n'ont pas d'argent pour acheter le bien-être et la vie !

mors du davier sur la dent, de telle sorte que, aucun glissement possible ne vienne à se produire pendant les mouvements de latéralité. Ce glissement des mors sur la couronne peut quelquefois induire en erreur et faire croire à l'opérateur que la dent est ébranlée, et par suite tirer la dent en bas trop tôt et la casser au niveau du collet soit nettement, soit par éclat. Ce qui donne lieu à une complication toujours désagréable pour le patient à qui nous devons le plus possible épargner la douleur.

Lorsqu'il y a fracture de ces dents, les mêmes procédés d'extraction et de division dans l'extraction sont à employer comme lorsqu'il s'agit des premières molaires. GUILLOT.

Scarlatine propagée par le lait de vache.

RAPPORT DU Dr G. BUCHANAN AU CONSEIL DU GOUVERNEMENT LOCAL (Londres, avril 1886). — Il y a déjà bien des années que le développement d'épidémies en relation avec la consommation du lait est un sujet d'études pour les personnes étudiant les questions d'hygiène locale. Presque chaque année, depuis la constitution de votre Conseil, votre département médical a été appelé à faire des recherches sur des occurences semblables. La maladie en cause était tantôt la *fièvre « entérique, »* tantôt la *scarlatine* ou la *diphthérie*. D'après l'expérience du Conseil, on a pu démontrer avec preuves suffisantes, dans quinze occasions différentes, que l'une ou l'autre de ces affections avait été communiquée aux malades par le lait.

Dans le cas de la scarlatine, il était inévitable que l'on attribuerait tout d'abord à l'infection du lait une origine humaine. C'était l'explication la plus facile; mais les épidémies successives ayant permis des études plus exactes, des doutes s'élevèrent sur la nature des moyens par lesquels le lait recevait ses propriétés infectieuses, et on finit par considérer comme possible l'infection du lait en tant que secrétion de la vache.

Une épidémie de scarlatine survenue en 1882 dans le district de Saint-Gilles-Saint-Pancras fut le sujet d'une enquête faite par M. Power pour le Conseil. Il fut établi que la scarlatine s'était propagée en coïncidence avec la distribution à domicile du lait provenant d'une ferme du comté de Surrey. Deux faits furent constatés : 1° Une vache fraîche de lait de cette ferme avait été malade probablement depuis sa parturition; le signe le plus apparent de cette maladie était la perte du poil par plaques. 2° Il n'existait aucun moyen par lequel le lait, dont la distribution avait coïncidé avec la scarlatine, aurait pu recevoir la faculté infectieuse d'un sujet humain. Les circonstances du service de distribution du lait ne permirent pas, il est vrai, d'établir dans ce cas une relation directe entre une maladie d'une certaine vache et la scarlatine propagée de la ferme; mais les faits étaient de nature à suggérer la nécessité d'études sérieuses et des observations expérimentales furent demandées par le Conseil au Dr Klein sur la manière d'être des animaux vis-à-vis de la scarlatine humaine. Il fut ainsi trouvé qu'une maladie définie pouvait être produite chez la vache par l' « infection scarlatineuse », et le plus facilement lorsque la vache est à lait.

Les expériences ne furent pas, à cette époque (1882), poussées plus loin que la production de cette maladie et la constatation de certains de ses caractères dont le plus intéressant est de passer d'un animal à l'autre par voie d'inoculation.

Les recherches nouvelles dont nous parlons aujourd'hui ont été ordonnées à l'occasion des renseignements fournis en décembre 1885 par M. Wynter Blyth, officier médical d'hygiène de Mary-le-Bone. Ce fonctionnaire avait observé qu'un développement soudain d'épidémie scarlatineuse dans son district était associé à la distribution du lait à domicile par un certain marchand au détail, recevant la majeure partie de ses approvisionnements de la ferme de Hendon. Les investigations de M. Blyth lui avaient donné lieu de penser que la maladie avait frappé exclusivement parmi les consommateurs fournis de lait de cette provenance.

M. Power, que le Conseil chargea de l'enquête sur les fournitures de lait faites par cette ferme, apprit bientôt que la scarlatine s'était produite d'une façon semblable, à peu près aux mêmes dates, dans d'autres quartiers de la métropole approvisionnés de lait par la même ferme, et que, dans ces paroisses comme à Mary-le-Bone, la maladie n'avait régné, à très peu d'exceptions près, que sur les personnes alimentées avec ce lait.

Il faut lire dans le rapport de M. Power le détail des constatations faites pas à pas, qui l'amenèrent, de déductions en déductions, à établir que le lait de Hendon avait, selon toute probabilité, été le véhicule de la scarlatine pour ses consommateurs de Londres; à écarter ensuite comme causes originelles toute maladie humaine à la ferme d'Hendon ou au voisinage, et toutes conditions relatives à l'hygiène de cette ferme, ni l'une ni les autres n'ayant pu avoir une part de production dans le caractère infectieux du lait; et enfin successivement à montrer certaines sections de la production laitière de la ferme, et certaines vaches comme étant en cause dans les résultats observés.

Le rapport tout entier de M. Power doit être étudié dans ses détails, afin que l'exactitude de ses observations et la validité de ses déductions puissent être bien saisies.

En somme, il a mis hors de doute que la scarlatine des consommateurs de lait, en décembre 1885, dépendait d'un état maladif des vaches laitières de la ferme, cet état ayant fait son apparition le mois précédent, introduit par des animaux nouvellement arrivés du comté de Derby, et il a tiré de toutes les circonstances des arguments très puissants portant à admettre que les phénomènes résultant en dernier lieu de cette dépendance ont été produits par le passage de la maladie d'un groupe d'animaux à un autre, suivant un mode épidémique.

Le second rapport émane du Dr Klein, auquel le Conseil soumit la question aussitôt qu'une relation positive eut été établie entre la scarlatine et la consommation du lait de Hendon.

Le grand intérêt du rapport du Dr Klein provient de la concordance complète qui règne entre les conclusions des recherches étiologiques de M. Power et les inductions tirées par M. Klein de ses études pathologiques.

En inoculant à des veaux soit les liquides provenant des ulcérations aux pis et aux mamelles des vaches en cause, soit des sous-cultures de ces liquides, le Dr Klein a réussi à produire un état de maladie tantôt local, tantôt général, ayant des affinités impossibles à méconnaître avec la maladie des vaches de Hendon et la scarlatine humaine. Ainsi, d'une part, les ulcères sur la peau du veau sont anatomiquement identiques avec les ulcères sur les pis des vaches, et, de l'autre, les lésions les plus caractéristiques des organes internes et surtout des reins du veau sont anatomatiquement identiques avec les lésions déterminées chez l'homme, dans les mêmes organes, par la scarlatine.

RAPPORT DE M. POWER. — *Extraits*. — Le 15 novembre 1885, le fermier de Hendon reçut d'une province éloignée, des vaches fraîches de lait; suivant une règle de sa maison, elles furent d'abord parquées à part, dans une étable spéciale, en quarantaine au point de vue des affections épizootiques ordinaires et leur lait utilisé à l'engraissement des porcs. Ensuite ces vaches furent menées dans une autre étable et leur lait mélangé à celui des animaux de la même étable fut envoyé à Londres.

Les familles auxquelles on livra à domicile de ce lait, furent, dans les semaines suivantes, envahies par la scarlatine, tandis qu'aucun cas ne se produisit parmi les personnes approvisionnées de lait venant des autres étables de la même ferme.

Le 4 décembre, des vaches nouvelles arrivèrent à la ferme venant d'une autre région que les premières. Elles contractèrent dans l'étable à quarantaine la maladie dont les germes avaient été laissés par les vaches du 15 décembre et menées ensuite dans une autre étable, leur lait mélangé à celui de l'étable fut expédié à Londres. Ce lait mélangé produisit dans la clientèle une recrudescence de l'épidémie scarlatineuse, toujours à l'exclusion des consommateurs recevant le lait des étables où ne figuraient que des vaches n'ayant eu aucun rapprochement avec les animaux reçus les 15 novembre et 4 décembre.

Le 15 décembre, l'officier d'hygiène publique de Mary-le-Bone fit renvoyer la totalité d'un envoi de lait venant de la ferme et provenant justement d'une des étables contaminées, parce qu'il avait l'intuition que ce lait répandait la scarlatine et qu'il désirait, à l'avenir, en empêcher l'introduction dans son district.

Le fermier, quoique très sincèrement incrédule à ce sujet, résolut de ne pas vendre ce lait ailleurs, et par acquit de

conscience, ordonna d'enfouir dans une tranchée ce qui ne pourrait être utilisé à l'élevage des porcs. Des pauvres gens du voisinage apprenant qu'on jetait du lait vinrent en demander à l'insu du fermier, et avec la connivence des vachers, en reçurent les 16 décembre et jours suivants.

Dans ces familles de Hendon, où ce lait fut consommé, il y eut, à partir du 20 décembre et jours suivants, des cas de scarlatine; une épidémie se développa, alors qu'avant le 15 décembre il n'y avait pas eu, ni à Hendon ni dans les pays voisins, depuis très longtemps, aucun cas de scarlatine humaine.

A l'époque où les vaches furent examinées par le Dr Klein, le 31 décembre, l'évolution extérieure de la maladie était terminée pour les vaches du 15 novembre, mais on constata les cicatrices d'ulcérations très récentes sur les pis et mamelles. Les vaches du 4 décembre étaient dans la période d'Etat avec troubles généraux, ulcères, etc., et plusieurs vaches de la même étable se trouvaient dans une période moins avancée de la maladie. Celle-ci finissait d'ailleurs par se répandre dans les autres étables, jusqu'alors indemnes, sans doute par les allées et venues du personnel et on y rencontra des animaux tout à fait au début de la maladie, c'est-à-dire n'ayant encore pas d'ulcères aux pis, mais seulement des vésicules.

A ce moment, on cessa absolument de sortir du lait de la ferme et les épidémies localisées aux lieux de livraison, à Londres et à Hendon, furent immédiatement arrêtées dans leur développement (1).

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français
Budget de 1887.

Encaissements au 1er avril.		128.313 46	
Cotisations en retard.		4.392 »	
Echéance de septembre		5.810 »	
Total des encaissem. au 31 décembre . .			138.515 46
Intérêt des valeurs :			
Rente amortissable :			
Echéance d'avril. . . . ,	375 »		
— de juillet . . .	450 »		
— d'octobre . . .	450 »		
		1.275 »	
Obligations du Midi, juillet		218 25	
Obligations foncières, juillet		364 »	
Obligations communales, octobre. .		485 »	
Obligations d'Orléans, juillet		363 75	
			2.696 »
			141.211 46

L'avoir sera donc, au 31 décembre 1887, de 140 à 150.000 fr. environ.

NÉCROLOGIE.

Le Dr Gabriel ROBINET.

Nous avons la douleur d'annoncer à nos lecteurs la mort prématurée de notre vaillant ami le Dr G. Robinet, qui a succombé en quelques jours à un rhumatisme articulaire aigu, compliqué de péricardite. Lorsque nous avons vu, à la fin de la revue des bataillons scolaires du 14 juillet, notre ami Robinet accompagné de ses trois jeunes et charmants enfants, rien ne nous faisait présager que nous serrions sa main pour la dernière fois.

G. Robinet était le fils de l'un des médecins les plus estimés et les plus honorables de Paris, le Dr J. E. F. Robinet, l'un des disciples les plus fervents et les plus fidèles d'Auguste Comte. C'est son père qui lui avait donné la forte éducation philosophique qu'il possédait; c'est de lui qu'il tenait ses convictions républicaines si fermes, ses sentiments d'humanité qui le rendaient si secourable et si dévoué aux déshérités, si tolérant pour les faibles et les malheureux. Aussi, fut-il naturellement amené et par son éducation et par ses études spéciales à s'occuper au Conseil municipal de toutes les questions relatives à l'Assistance et à l'Hygiène publiques.

G. Robinet consacra à cette tâche, depuis son entrée au Conseil municipal jusqu'à sa mort, toute son activité intellectuelle, tout son dévouement, tout son cœur. C'est avec le soin le plus scrupuleux qu'il faisait ses rapports, rendant justice à tous ceux qui avaient traité les mêmes questions, cherchant à s'entourer de tous les renseignements qui pouvaient l'éclairer et l'amener à formuler des conclusions précises et pratiques. L'honnêteté absolue de notre malheureux ami, son ardeur au travail, l'aménité de son caractère, lui avaient conquis une haute situation dans le parti républicain et l'estime de tous ses adversaires politiques. Il était digne à tous égards et de l'amitié des premiers et de l'estime des seconds.

Gabriel Robinet est né à la Ferté-sous-Jouarre en 1849. Lorsque son père vint exercer la médecine à Paris, il fit ses études au Lycée Saint-Louis avec ses amis Guébhard, Risler, etc. Reçu bientôt bachelier ès sciences et ès lettres, il se fit recevoir pharmacien de 1re classe en 1874. Sa thèse inaugurale portait sur le *Niaouli*, plante médicinale originaire de la Nouvelle-Calédonie. Elève du laboratoire des hautes-études de la Sorbonne, il se faisait bientôt recevoir licencié ès-sciences physique et chimiques. Ces fortes études le préparaient à aborder plus tard avec une grande compétence les questions qu'il a développées soit au Conseil municipal, soit au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, soit au Conseil d'Hygiène dont il fit successivement partie. En même temps, il poursuivait ses études médicales et la thèse qu'il soutint en 1880, devant le professeur Bouchardat, traitant *Des prétendus dangers présentés par les cimetières en général et en particulier par les cimetières de Paris*, forme un document qui sera longtemps consulté par les hygiénistes. Reprenant en effet tout ce qui avait été écrit sur la question par ses devanciers qui s'étaient copiés les uns les autres, il arriva à cette conclusion : l'immunité absolue des cimetières soit par l'air, soit par les eaux, rappelant avec Fourcroy les abus que certaines personnes faisaient, dès son époque, des découvertes de la physique et de la chimie moderne pour grossir et multiplier les plaintes contre l'air des cimetières et contre ses effets sur les maisons voisines. Cette thèse très remarquée annonçait une grande compétence dans les questions d'hygiène urbaine qu'il aborda plus tard au Conseil municipal, où il succéda, en 1882 à M. de Lanessan comme représentant du quartier de la Monnaie. Il s'adonna bientôt aux questions d'assistance publique et dès 1883, il devint l'un des rapporteurs les plus écoutés de la 8me commission consacrée à l'assistance publique. Voici la liste de ses principaux rapports :

En 1883 : legs Rampal ; — Recettes de l'Assistance publique. (*Rapport fait avec M. Fiaux*). — En 1884 : Rapport sur le projet de budget de l'Assistance publique pour 1885 ; — En 1885 : Projet de construction de bâtiments au chef-lieu du Mont-de-piété et de conservation de la tour de Philippe-Auguste ; — projet de traité avec la Société générale des téléphones ; — Examen du service médical de nuit par les médecins du bureau de bienfaisance ; — contre-projet aux conclusions du rapport de M. Després ; — budget de l'Assistance publique (6e section) des dépenses du budget de 1886 (legs et donations pour des œuvres de bienfaisance ; emplois de legs et donations) ; — solution à donner au conflit existant entre l'Assistance publique ; — recettes et dépenses du budget spécial de l'Assistance publique pour 1886 et budget spécial de l'Assistance publique ; — En 1886 : Remaniement et amélioration des cabinets d'aisances à la Salpêtrière ; — participation de la Ville à la création de l'Institut Pasteur ; — Rétablissement de la subvention précédemment allouée à la station physiologique de M. Marey ; — Construction, à l'hospice de Brévannes, d'un quartier spécial pour 200 vieillards vivant en ménage ; — Budget de l'Assistance publique et projet de budget spécial de l'Assistance publique ; — budget entier des recettes ; des dépenses du projet de budget municipal de l'exercice 1887 (dons et legs ; emploi des libéralités acceptées par la Ville de Paris.)

Au Conseil général, G. Robinet a fait le rapport sur le projet de budget des Asiles des aliénés pour 1885, 1886 et 1887. — Un

(1) Le Dr Klein, dans son rapport, rapporte à des *strep*[illegible] qu'il considère comme identiques la maladie étudiée chez les [illegible] vaches de Hendon, d'une part, et la scarlatine humaine de l'autre.

rapport sur le rattachement des Asiles d'aliénés à l'Assistance publique, etc. Ces rapports, comme l'a dit le président du Conseil général, l'honorable M. Jacques, « forment une œuvre magistrale, de laquelle le Conseil général devra s'inspirer et dont certainement il voudra accomplir tous les désidérata. »

Les obsèques civiles de G. Robinet ont eu lieu jeudi à midi et demi, au milieu d'une affluence considérable.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Poubelle, préfet de la Seine; Gragnon, préfet de police; Jacques, président du Conseil général; Chassaing, vice-président du Conseil municipal; le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique; Stupuy, conseiller municipal; le Dr Quesneville, ami du défunt.

Le deuil était conduit par M. Robinet père. Immédiatement après la famille, venaient les huissiers du Conseil général et du Conseil municipal, portant sur leurs épaules deux immenses couronnes en fleurs naturelles, offertes par les deux Conseils; les membres de ces Conseils, tous présents; le Comité du quartier de la Monnaie, qui patronnait la candidature de Gustave Robinet; les membres de ce Comité portaient, sur un brancard, une couronne d'immortelles; venaient enfin le Comité central du 6e arrondissement, la loge d'Alsace-Lorraine, le Grand-Orient de France, les infirmiers et les infirmières de l'Asile Sainte-Anne, porteurs d'une grande couronne.

Sur la tombe, plusieurs discours ont été prononcés par MM. Hovelacque, président du Conseil municipal; Jacques, président du Conseil général; Toursellier, avocat, au nom du Comité de la Monnaie, et Guédon, au nom de la Société la Familiale, par MM. Depasse, Strauss et Joffrin, conseillers municipaux, etc.

Nous n'oublierons jamais la trop courte collaboration que nous a donnée notre ami Robinet au *Progrès médical*, ni son ardent concours pour la réalisation des réformes dans l'Assistance publique, pour l'organisation d'un Musée d'hygiène municipale, ni son ardeur à nous défendre contre des attaques aussi injustes qu'imméritées. B.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 17 juillet 1887 au samedi 23 juillet 1887, les naissances ont été au nombre de 1236, se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 450; illégitimes, 187. Total, 637. — *Sexe féminin*: légitimes, 446; illégitimes, 153. Total, 599

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 17 juillet 1887 au samedi 23 juillet 1887, les décès ont été au nombre de 853, savoir : 459 hommes et 394 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 10, F. 10. T. 20. — Variole: M. 3, F. 5, T. 8. — Rougeole : M. 8, F. 8. T. 16. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 3, F. 5. T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 17, F. 8, T. 25. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 105, F. 77. T. 182. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 10. T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4. T. 4. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 22. T. 38. — Méningite simple : M. 19, F. 23. T. 42. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 17. T. 40. — Paralysie : M. 3, F. 1. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 1. T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 28. T. 43. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 10 T. 13. — Bronchite chronique : M. 9, F. 10. T. 19. — Broncho-Pneumonie : M. 6, F. 10. T. 16. — Pneumonie M. 21, F. 11. T. 32. — Gastro-entérite, biberon : M. 33, F. 24. T. 57. — Gastro-entérite, sein : M. 23, F. 13. T. 36. — Autres gastro-entérite : M. 1. F. 3. T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 8, F. 7, T. 15. — Sénilité : M. 6, F. 11. T. 17. — Suicide : M. 19, F. 3. T. 22. — Autres morts violentes : M. 6, F. 8. T. 14. — Autres causes de mort : M. 66. F. 53. T. 119. — Causes restées inconnues : M. 5 F. 6. T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 20. Total : 56. — *Sexe féminin* : légitimes, 23; illégitimes, 7. Total : 30.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Licence ès sciences naturelles.* Les épreuves de la licence ès sciences naturelles ont commencé mardi 26 juillet. La composition écrite était: *Morphologie et plan d'organisation d'une ascidie simple et de l'amphioxus; comparaison des embryons.* La composition écrite de botanique, qui a eu lieu mercredi 27, a été: 1° *Comparer la structure primaire de la tige jeune à celle de la racine chez une Dicotylédonée; indiquer parmi les différences anatomiques observées entre ces deux membres de la plante et celles qui sont soumises à l'action directe du milieu aérien et souterrain.* — 2° *Dire quelles sont les substances mises en réserve chez les végétaux et comment elles sont détruites pour être utilisées par la plante. On ne parlera ni de la structure de ces substances ni de celle des tissus de réserve.* — Le jeudi 28 a eu lieu l'épreuve pratique de zoologie (Les candidats ont eu à disséquer, entr'autres, le *système nerveux de la grenouille*) et l'épreuve pratique de géologie (*reconnaisance des échantillons de roches et de fossiles*). — Vendredi 29 a eu lieu l'épreuve pratique de botanique et l'épreuve orale portant sur l'ensemble des matières de l'examen.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — Un congé du 1er novembre 1887 au 1er mars 1888 est accordé, sur sa demande, pour raisons de santé, à M. Duchot, préparateur de physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le conseil de la Faculté vient de dresser la liste de présentation des candidats à la chaire de physiologie. Deux candidats étaient en présence : MM. Ch. Richet et Reynier. Le Conseil, composé de 24 membres présents, a, par 23 voix, classé en première ligne M. Ch. RICHET. (Le professeur Richet, qui était présent, s'était abstenu). M. Reynier a été classé en deuxième ligne, par 23 voix et un bulletin blanc. — *Concours de chef des travaux anatomiques.* Les questions suivantes ont été données aux épreuves, pour le concours de chef de travaux anatomiques: — 1° Epreuve d'histologie : *Montrer les éléments du tissu conjonctif*; — 2° Epreuve de dissection : *Le nerf cubital*; — 3° Epreuve de médecine opératoire : *a) La ligature de l'artère humérale au pli du coude; b) L'amputation de Lisfranc.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. GILIS, agrégé près ladite Faculté, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Chalot, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Les professeurs de la Faculté se sont réunis pour dresser la liste des candidats à la chaire de thérapeutique et de matière médicale. M. Pécholier a été classé premier, par 10 voix contre 5 données à M. Hamelin. M. Hamelin a été présenté en seconde ligne par 8 voix contre 7 données à M. Mossé.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES. — M. GRÉHANT, docteur ès sciences, docteur en médecine, chargé des fonctions de chef des travaux du laboratoire de physiologie générale à ladite école, est nommé directeur-adjoint dudit laboratoire.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira le 1er février 1888, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à ladite école, s'ouvrira le 15 novembre 1887, devant la Faculté de médecine de Paris Les candidats devront se faire inscrire un mois au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Berne.* M. le Dr BRUHL, assistant à la clinique obstétricale, est nommé privat-docent de gynécologie. — *Faculté de médecine de Marbourg.* — M. le Pr GASSER (de Berne), a été nommé professeur d'anatomie en remplacement de M. Lieberkuhn.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours du Bureau central.* — La commission nommée par l'administration de l'Assistance publique, pour étudier les modifications qui peuvent être apportées aux programmes du concours pour le bureau central (médecine et chirurgie) verrait avec plaisir les candidats lui communiquer sur cette importante question leurs vues personnelles ou collectives, d'ici au mois d'octobre. — S'adresser au président de la commission, M. le Dr Féréol, 8, rue des Pyramides.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours pour les prix à décerner en 1887, aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'Elèves internes, vacantes en 1888.* — L'ouverture du Concours pour les prix de l'Externat et la nomination des internes aura lieu le vendredi 14 octobre à midi précis, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3. MM. Les Elèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au Concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des Elèves des hôpitaux et hospices. Les Elèves seront admis à se faire

inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au samedi 1er octobre inclusivement. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en* 1888, *dans les hôpitaux et hospices civils de Paris*. L'ouverture du Concours pour l'Externat aura lieu le lundi 17 octobre, à quatre heures précises, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, nº 3. Les Etudiants qui désireront prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au samedi 1er octobre, inclusivement.

CHOLÉRA EN ITALIE. — L'épidémie cholérique fait des progrès considérables en Sicile. On annonce qu'une vingtaine de cas se sont déclarés du 22 au 23 juillet. Le professeur Cervello de Palerme est, dit-on, parti avec quatre médecins pour Catane. On s'attend à une aggravation de l'épidémie, en raison des mauvaises conditions hygiéniques de ce pays.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — La première session ordinaire pour l'année 1887 du conseil supérieur de l'instruction publique a eu lieu lundi dernier. Le bordereau des affaires soumises au Conseil supérieur pour la présente session, en ce qui concerne l'*enseignement supérieur*, comprend un projet de règlement portant *révision du régime du concours d'agrégation des Facultés de médecine*. C'est l'affaire la plus importante que le conseil aura à traiter. — Le conseil, dans sa seconde séance, a adopté le projet du gouvernement à propos de la réforme des concours d'agrégation (suppression de la thèse, etc.).

EXCURSION HYDROLOGIQUE. — La *Société française d'hygiène*, vient d'organiser une caravane hydrologique qui visitera sous son patronage les stations thermo-minérales du centre de la France du 31 août au 10 septembre prochain. *L'itinéraire* suivant a été adopté : Pougues, Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Bourbon l'Archambault, Vichy, Saint-Yorre, Cusset, Néris, Châtel-Guyon, Royat (ascension du Puy-de-Dôme), La Bourboule (ascension du puits de Sancy) et le Mont-Dore.

La Compagnie des Chemins de fer de la Méditerranée a bien voulu accorder une réduction de 50 pour cent en faveur des excursionnistes qui prendront part à la caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels. Dans toutes les stations qui doivent être visitées, des fêtes sont préparées pour recevoir la caravane de concert avec les municipalités, les établissements d'eaux minérales, le corps médical, les sociétés locales.

Cette excursion présentera un grand intérêt au point de vue scientifique, car des conférences seront faites dans chaque station par les médecins les plus compétents. Ceux qui désirent y prendre part devront s'adresser pour les renseignements complémentaires, au siège de la Société Française d'hygiène, 30, rue du Dragon. Les listes d'adhésions sont closes le 20 août.

HYGIÈNE PUBLIQUE. *Commission pour Paris*. — Par arrêté préfectoral, en date du 13 juillet 1887, M. CAPGRAND-MOTHES, président honoraire de la chambre syndicale des pharmaciens de première classe du département de la Seine, est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du IXe arrondissement à Paris, en remplacement de M. le Dr Marjolin, démissionnaire.

LES FEMMES MÉDECINS. — A Cincinnati, on inaugurera, sous peu, un collège médical pour femmes. Cette nouvelle n'a pas été accueillie avec beaucoup d'enthousiasme par les médecins du nouveau continent. Ils semblent trouver que les institutions de ce genre sont déjà trop répandues. Il n'en sera pas de même aux Indes. On sait, en effet, que les coutumes du pays empêchent les femmes de voir jamais de médecins. Le grand Collège de médecine de Bombay compte actuellement 12 femmes indigènes ; les candidats féminins sont admis à subir les examens, aux mêmes titres que les hommes. Deux doctoresses anglaises exercent déjà avec succès. (*La Clinique*).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Excursion géologique*. — M. STANISLAS MEUNIER, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera, du vendredi 5 au vendredi 12 août 1887, une excursion géologique publique en Champagne et dans les Ardennes, conformément à l'itinéraire suivant : Le rendez-vous est à Paris, à la gare du Nord, où l'on prendra le vendredi 5 août 1887, à huit heures et demie du matin, le train express pour Laon. Première journée, vendredi 5 août : Laon et Guise ; — deuxième journée, samedi 6 août : Reims et ses environs, Cernay, Mont-Berru, Châlons-sur-Vesles, Rilly et Sézanne ; — troisième journée, dimanche 7 août : de Reims à Charleville, Rethel, Saulce-Monclin, Viel-Saint-Remy, Launoy, Charleville ; — quatrième journée, lundi 8 août : Charleville, Romery, Mohon, Le Theu, le mont Olympe ; — cinquième journée, mardi 9 août, Rimogne et Charleville ; — sixième journée, mercredi 10 août : de Charleville à Fumay, Braux-Levrezy, Tournavaux, la vallée de la Semois, la Roche aux Corpiats, Monthermé, Deville, Nairupt, Loifour, Revin et Fumay ; — septième journée, jeudi 11 août : Fepin, Montigny, Le Han, Charlemont, la Famenne, Givet, Mont d'Or ; — huitième journée, vendredi 12 août : retour à Paris par Charleville, Reims et Soissons. — Une réduction de 50 pour 100 sur le prix des places en chemin de fer sera accordée aux personnes qui s'inscriront à l'avance au laboratoire de géologie du Muséum et y verseront le montant de la demi-place. Pour tous autres renseignements, s'adresser au Muséum, au laboratoire de géologie.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le 1er numéro des *Archives Roumaines de médecine et de chirurgie*, importante revue qui va paraître tous les mois à la librairie Alcan. Le directeur, M. le Dr Assaky, est professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Bukarest, professeur agrégé de la faculté de Lille et ancien interne des hôpitaux de Paris. C'est dire que cette revue est appelée à resserrer encore les liens qui rattachent la France à la Roumanie. Nous lui souhaitons une longue prospérité.

STATUE DE BROCA. — On vient d'ériger sur la place de l'Ecole de Médecine, à l'angle de la rue de l'Ecole de Médecine et du boulevard Saint-Germain, la statue de Broca. On lit sur le piédestal : « Cette statue a été érigée par souscription universelle, sous les auspices de la Société d'Anthropologie de Paris en 1887. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr SCHAACK, ancien médecin des hôpitaux de Lyon. — M. le Dr LUBINSKI, professeur agrégé du Val-de-Grâce, a été trouvé, le matin du 25 juillet, mort dans son lit. Il avait commandé à sa femme de ménage d'acheter, il y a deux jours, une fiole qui devait contenir du poison. La mort paraît remonter à cette nuit. Le Dr Lubinski avait cessé ses fonctions au Val-de-Grâce depuis dix-huit mois. On attribue son suicide à des pertes considérables au jeu. — Le *Scalpel* du 24 juillet nous annonce la mort de M. le Dr de Koninck, professeur émérite de la Faculté des sciences de l'Université M. de KONINCK, dit M. le Dr Festesaerts, était né en 1809, à Louvain, où il fit ses études. — M. le Dr J. PASTERNIAZKI, privat-docent de psychiatrie, à la Faculté de médecine de Varsovie. — M. le Dr GABRIAC (d'Espalion).

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL BEAUJON. *Médecine:* M. le Dr GUYOT. — Salle Saint-François : 2, néphrite chronique, urémie ; 3, fièvre typhoïde ; 4, délirium tremens ; 6, pleuro-pneumonie ; 7, cirrhose atrophique du foie ; 8, pleurésie purulente, opération de l'empyème ; 9, tuberculose pulmonaire, laryngée, péritonéale ; 10, kyste de la rate ; 16, lésion mitrale ; 17, lésion mitrale ; 18, néphrite chronique ; 19, dirrhose atrophique du foie ; 21, fièvre typhoïde ; 23, fièvre typhoïde ; 26, rhumatisme articulaire aigu ; 27, fièvre typhoïde ; 28, diabète insipide. — Salle Sainte-Claire : 2, fausse couche ; 4, hémiplégie ; 5, rhumatisme, articulaire aigu ; 6, tuberculose, début à forme pneumonique ; 9, néphrite chronique ; 16, fièvre typhoïde ; 17, rhumatisme chronique, Dacryocystite ; 19, paraplégie, suite de fièvre typhoïde ; 23, ulcère de l'estomac ; 26, cirrhose du foie ; 27, rhumatisme articulaire, pleurésie ; 30, typhlite ; 31, hystérie ; 33, fièvre typhoïde à rechûtes.

Service de M. le Dr FERNET. — Salle Sainte-Hélène : 2, ataxie locomotrice ; 3, myélite chronique ; 5, pleurésie ; 9, affection cardiaque ; 14, pneumonie, 18, anémie. — Salle Saint-Jean : 5, artério-sclérose ; 9, artério-sclérose ; 10, diarrhée chronique ; 12, cancer latent ; 13, saturnisme, 21, pleurésie ; 26, rhumatisme.

Service de M. le Dr COMBAUT. — Salle Beaujon. : 2, hystérie chez un homme ; 3, tumeur de la rate ; 7, péritonite chronique ; 15, cirrhose hyperthophique ; 16, hémiphégie, hémorrhagie cérébrale ; 18, aphasie sans hémorrhagie ; 19, cirrhose atrophique du foie ; 20, pneumonie. — Salle Monique : 6, rhumatisme endocardite ; 9, diarrhée chronique ; 11, cancer stomacal ; 18, paraplégie hystérique,

Chirurgie. — Service de M. le Dr DUPLAY. — Salle Saint-Gabriel : 8, scapulalgie gauche ; 9, rétention d'urine, tuberculose pulmonaire ; 10, tumeur blanche du genou, granulie ; 14, lymphadémone. — Salle Ambroise Paré : 3, rétrécissement de l'urèthre, divulsion ; 9 *bis* tumeur mélanique des régions parotidienne et temporale ; 11 *bis* arthrite sèche ; 16, arthrite blennhorragique. — Salle Sainte-Agathe : 1, résection du tibia ; 5, péritonite chronique ; 6, fibrome utérin ; 7, tumeur fibro-hystique de l'utérus ; 9, phlegmon iliaque ; 10, coxalgie ; 11, extrophie de la vessie, hypospadias ; 15, cancer du rectum ; 16, métrite hémorrhagique ; 18, cancer du rectum opéré.

Service de M. CRUVEILHIER (remplacé par M. QUENU). — Salle Huguier : 1, cystite douloureuse ; 7, nécrose du maxillaire supérieure, résection partielle ; 9, métrite fongueuse, grattage ;

11, épithélioma du rectum, anus contre nature; 16, phlegmon iliaque. — Salle Saint-Vincent : 1 *bis* Anévrysme artérioso-veineux de la fémorale; 1, sarcome de la voûte palatine; 2, ostéo-sarcome de l'épaule, désarticulation de l'épaule; 5, corps étrangers articulaires, arthrotomie; 18, sarcome du maxillaire supérieur.

Service de M. le Dr Labbé. — Salle Saint-Denis : 20, lymphangite de la main; 21, arthrite tuberculeuse; 22, phlegmon de la main; 23, fracture du maxillaire inférieur; 25, fracture du crâne; 26, épithélioma de la joue; 27, abcès froids multiples; 30, fracture de cuisse; 32, entorse; 34, fracture compliquée de jambe; 36, cancer de l'S iliaque; 40, fracture du péroné.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Lemoine (G). — De l'épilepsie d'origine cardiaque et de son traitement. Brochure in-8° de 18 pages. Extrait de la *Revue de médecine*.

Linger (L.). — Fibro-myome de la matrice, hémorrhagies abondantes; douleurs persistantes; constipation opiniâtre; castration; guérison. Brochure in-8° de 13 pages. — Liège, 1887. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

Prevost et Bioret (P.). — Cas de cosma diabétique chez un enfant. Quelques expériences de physiologie pathologique. Brochure in-8° de 20 pages. — Genève, 1887. — Librairie H. Georg.

Teissier (J.). — Statistique générale des grandes maladies infectieuses à Lyon, pendant la période quinquennale 1881-1886. Etudes d'étiologie et de pathologie générales. Volumes in-8° de 243 pages, avec plans topographiques et de tables de mortalité. — Lyon, 1887. — Association typographique.

Vernet (C.). — La syphilis est-elle une cause de la paralysie générale. Brochure in-8° de 91 pages. — Nancy, 1887. — Imprimerie nouvelle.

Dias. — Apoptamentos para a reforma a historia da educaçao physica em Portugal. Brochure in-8° de 86 pages. — Lisboa, 1887. — Typografia Lisbonense.

Rodriguez de la Torre (W.). — El cranes i la locura. Volume in-8° de 223 pages, avec 39 planches. — Buenos-Aires.

Viñals (F.). — Un triste episodio en el curso de 1886 a 1887. Brochure in-8° de 32 pages. — Madrid, 1887. — Imprenta de Gregorio Juste.

Christiania international medical congress. — Report by collective investigation committee of the Norwegian medical association on the etiology. Brochure in-8° de 67 pages. — Christiana, 1887. — Printed by Th. Stein.

Nordmann (A.). — Uebar clysmatische læsionen des Mastdams. Brochure in-8° de 42 pages, avec 1 planche. — Basel; 1887. — Schweighauserische Buchdruckerei.

May (Ch.-H.). — Transplantation of a Rabbit's eye into the Human orlit. Brochure in-8° de 7 pages. Extrait des *Archives of Ophthalmology*. — New-York, 1887.

Peet (I.-L.). — Transactions of Societies. Brochure in-8° de 30 pages. Extrait du *Medico-legal Journal*, 1886. — New-York. —M. le Dr Clark-Bell, 87, Broadway.

Chapman (W.). — A Novel System of Operating for the Correction of the Deflected Septum. Brochure in-8° de 12 pages. — New-York, 1887. — Trow's printing and bookbinding C°.

Benedikt (M.). — Drei Chinesen-Gehirne. Brochure in-8° de 13 pages avec 12 figures. — Wien, 1887. — A. Holder.

Mobius (P.-J.). — Ueber anfsteigen de Lalsmung nach Keuchhusten. Brochure in-8° de 4 pages. Extrait du *Centralblast fur Nervenheilkunde*. — Coblenz, 1887. — Druck von Philipp Werle.

Ultzmann (R.). — Zur Localen Behandlung der Blase-Uber Polyurie, Anurie und Oligurie. Brochure in-8° de 41 pages. — Wien, 1887. — Breitenstein's.

Frusci e Vizioli. — Quarigione immediata e compl[illegible] mercé la suggestione di una paralisi vescicale isterica d'urata 14 mesi. Brochure in-4° de 6 pages. — Napoli, 1887. — Tocco et Ce.

Librairie G. CARRÉ, 112, boul. Saint-Germain.

Hack (G.). — Du traitement opératoire radical de certaines formes de migraine, asthme, fièvre de foin, ainsi que d'un grand nombre de manifestations connexes. Volume in-8° de [illegible] pages.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, place de l'Ecole-de-médecine.

Bénard (P.). — Contributions à l'étude de la glosso-stomatite épithéliale, chronique superficielle. (Psoriasis buccal de Bazin). Brochure in-8 de 106 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Crouzat. — La pratique obstétricale. Manœuvres et opérations à l'amphithéâtre. Volume in-18 de 288 pages, avec 75 figures. — Prix : 5 fr.

Ferrand. — De l'exercice et des troubles de la parole et du langage. Brochure in-8 de 31 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Gélineau. — Traité de l'angine de poitrine. Volume in-8 de 617 pages — Prix : 8 fr.

Hasmon du Fresnoy. — Considérations pratiques sur l'avortement. Brochure in-8 de 63 pages. — Prix : 2 fr.

Latteux (L.). — Manuel de technique microscopique ou guide pratique pour l'étude et le maniement du microscope. Introduction de M. le professeur Trélat. Volume in-8 de 820 pages, avec 385 figures et une planche hors texte. — Prix : 13 fr.

Norström (G.). — Traitement des raideurs articulaires (Fausses ankyloses) au moyen de la rectification forcée et du massage. Volume in-8 de 137 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Odent. — Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine. Brochure in-8 de 61 pages. — Prix : 2 fr.

Pécholier (G.). — De la jugulation de la fièvre typhoïde au moyen de la quinine et des bains tièdes. Brochure in-8 de 39 pages.

Pouillet. — De l'onanisme chez la femme. Volume in-18 de 220 pages — Prix : 3 fr. 50.

Thomas (L.). — La migraine. Volume in-18 de 140 pages. — Prix : 2 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Rodet (P.). — De la constipation et de son traitement par l'eau de la source salée de Wittel. Brochure in-8° de 32 pages.

Librairie, G. MASSON, 120 boul. St.-Germain.

Sède (P. de). — Conférences sur l'histoire naturelle à l'usage des candidats à la licence et des étudiants en médecine. Volume in-8 de 632 pages, avec 251 figures.

Krause (W.). Manuel d'anatomie humaine. — Ostéologie et Arthrologie. Traduit par L. Dollo. 1er fascicule. — Prix : 5 fr. Brochure in-8° de 135 pages, avec 66 gravures.

Moncorvo. — Sulla etiologia della sclerosi a placche nei bambini e specialmente sulla influenza patogenica della sifilide ereditaria. Brochure in-8 de 19 pages. — Napoli, 1887. — Stabilimento tipografico dell' unione.

Librairie P. SAVY, 77, Boulevard St-Germain.

Gautier (L.). — Guide pratique pour l'analyse chimique et microscopique de l'urine, des sédiments et des calculs urinaires. Volume in-18 de 248 pages, avec 90 figures. Prix : 3 fr. 50

Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Compte rendu annuel et procès-verbaux des séances, par le Dr Reibel. Volume in-8° de 98 pages. — Nancy, 1887. — Berger-Levrault et Ce.

Programme du VIe Congrès international d'hygiène et de démographie. — Vienne (Autriche), 1887, du 26 septembre au 2 octobre 1887. Brochure in-8° de 28 pages. — Vienne, 1887. — Imprimerie R. Spies et Ce.

Lardier. — Méningite à frigore, effet remarquable du tannin. Note du Dr Duboué (de Pau). Brochure in-8° de 12 pages. — Rambervillers. — Typographie Ch. Méjeat.

Foy (J.). — La question des transports par les chemins de fer et par les voies navigables. Brochure in-8° de 32 pages. — Saint-Quentin, 1887. — Typographie Moureau et fils.

Hallopeau. — Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. Brochure in-8° de 17 pages. — Paris, 1887. — Imprimerie Alcan-Levy.

James (C.). — M. Pasteur, sa nouvelle méthode dite méthode intensive peut-elle communiquer la rage? Réponse à cette question. Brochure in-8° de 34 pages. — Paris, 1887. — A. Lahure.

Lardier. — Du phlegmon sous pectoral dit spontané chez les alcooliques auto-traumatisme et auto-infection. Brochure in-8° de 8 pages. — Rambervillers, 1886. — Typographie Ch. Mejeat.

Librairie G. STEINHEIL, 2, r. Casimir-Delavigne.

Gallet (L.). — Un grand hôpital parisien en 1886 (Hôpital Lariboisière). Brochure in-8° de 39 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 32. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 6 AOUT 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Pr **CHARCOT**.

Sur la claudication intermittente par oblitération artérielle (1).

Messieurs,

J'ai fait placer sous vos yeux un malade qui fera l'objet de la leçon d'aujourd'hui. C'est un homme âgé de 38 ans, qui est entré chez nous, à la Salpêtrière, le 9 octobre 1885, et qui bientôt a présenté les premiers symptômes de la gangrène, par oblitération artérielle, du pied puis de la moitié inférieure de la jambe gauche. Envahissement lentement progressif et agravation sur place du travail de gangrène, douleurs atroces, insomnie absolue, inappétence, modifications inquiétantes de l'état général, tel a été le tableau que le malade nous a présenté pendant une longue période de trois mois. Je consultai alors mon excellent collègue de la chirurgie, M. Terrillon, qui a bien voulu, dans cette circonstance, me prêter son concours.

L'amputation au niveau du tiers supérieur de la jambe fut résolue et pratiquée bientôt avec un plein succès. Aujourd'hui le malade est privé de son membre, c'est bien entendu, mais il ne souffre plus. L'état général est devenu excellent. Tout fait espérer qu'il pourra bientôt marcher à l'aide d'un pilon, car la cicatrisation s'est faite dans d'excellentes conditions, et bientôt il pourra reprendre, au moins en partie, ses occupations, et de nouveau gagner sa vie. C'est là un heureux succès dont tout l'honneur revient, du reste, à mon collègue M. Terrillon (2), qui a eu l'heureuse audace de pratiquer l'opération, dans des conditions reconnues par la chirurgie classique comme éminemment défavorables; qu'il reçoive nos félicitations sincères et que le malade, qu'il ne faut pas oublier, car il est pour quelque chose dans l'affaire, les reçoive également, car on peut le lui dire en toute sincérité, il l'a échappé belle. Tout est bien qui finit bien, comme il est dit dans une bien jolie pièce de Shakespeare. Rendons grâces aux Dieux.

Cependant, nous direz-vous, voilà un cas fort intéressant, sans doute, mais en quoi concerne-t-il votre enseignement, particulièrement consacré à la Clinique des maladies du système nerveux ? Eh bien ! messieurs, le mal, antérieurement à l'époque où le malade a présenté les terribles symptômes de l'ischémie complète et permanente, qui ont abouti à la gangrène, s'est manifesté pendant une période de plusieurs mois, sous l'influence de ce que j'appellerai *l'ischémie intermittente ou fonctionnelle* du membre, par une série de symptômes d'ordre neuro-musculaire, lesquels, s'ils eussent été convenablement interprétés, eussent permis, à coup sûr, de prévoir le terrible mal qui se préparait et eussent conduit à mettre en œuvre des moyens préventifs qui, peut-être, auraient conjuré l'issue fatale. Mais hélas ! messieurs, il n'en a rien été. Pendant cette période de trois mois, où le diagnosfic était possible, facile même pour les initiés, le malade a consulté un peu partout et partout les erreurs les plus singulières ont été commises, même par des médecins éclairés; les choses ont marché et l'issue a été celle que vous savez. Eh bien ! messieurs, vous l'avez compris, ce sont ces symptômes prodromiques prémonitoires qui s'observent dans certains cas d'oblitération artérielle, que je voudrais vous faire connaître, en m'appuyant sur l'histoire si instructive du malade que vous avez sous les yeux et sur quelques autres histoires du même genre que j'ai recueillies à diverses époques ou qui ont été consignées par d'autres, depuis plus de vingt-cinq ans que j'ai introduit dans la pathologie humaine ce syndrôme si intéressant, dont l'étude est si importante en pratique, et dont, cependant, je suis conduit à m'en convaincre à chaque instant, la connaissance est encore si peu répandue parmi les cliniciens.

J'ai proposé, messieurs, de désigner le syndrôme dont il s'agit dans un petit mémoire qui date de 1859 (Soc. de Biologie), sous la dénomination de : *Claudication intermittente par oblitération artérielle*, dénomination empruntée à la médecine hippique, où l'affection est depuis longtemps connue. On pourrait tout aussi bien l'appeler *paralysie douloureuse intermittente ischémique ou par oblitération artérielle*. Le caractère fondamental est, en effet, que dans le membre ischémié l'impuissance motrice douloureuse, nulle dans l'état de repos, survient seulement par accès, évidemment déterminés par le *fonctionnement* du membre, c'est-à-dire pendant l'exercice de la marche. A cet égard, il s'agit, vous le voyez, d'une *ischémie fonctionnelle*.

Mais avant d'entrer dans le détail des phénomènes observés en pareil cas chez l'homme, je crois qu'il est indispensable de vous dire ce qu'ils sont chez le cheval, où ils se rencontrent sous une forme beaucoup plus accentuée et en quelque sorte presque expérimentale.

Donc, je le répète, c'est dans la médecine vétérinaire et plus explicitement la médecine hippique, que le syndrôme claudication intermittente par oblitération artérielle a été décrit, et c'est là où j'ai été en chercher la description pour la transporter, un jour que l'occasion s'en est offerte, dans la pathologie humaine.

C'est à Bouley jeune qu'on doit la première description de cette affection singulière; elle date de 1831. Plus tard Gurlt et Hertwig l'ont décrite à leur tour en 1838 et 1843. Enfin, un excellent travail sur la question publié en 1846 est dû au professeur Goubeaux, d'Alfort. C'est en me fondant sur les documents fournis par ces divers auteurs que, dans mon mémoire de 1859, j'ai donné de la claudication intermittente par oblitération artérielle du cheval une description que je crois devoir reproduire

(1) Leçon du 31 mai 1886, recueillie par le Dr J. Babinski, chef de clinique à la Salpêtrière.—Une version italienne de cette même leçon a été publiée par le Dr Giulio Melotti, de Bologne : *Nuove Lezioni sulle malattie del sistema nervoso*, Milano, 1887.

(2) M. Terrillon a fait une communication au sujet de ce malade à la Société de chirurgie (séance du 9 juin 1886). La dissection du membre amputé lui montra que les artères de la jambe étaient considérablement diminuées de volume, que leurs parois étaient epaissies et que leur lumière était réduite aux dimensions d'un crin de Florence.

aujourd'hui devant vous dans ses principaux traits (1).

Donc, voici un cheval de trait qui jusqu'ici avait fait un bon service et qui aujourd'hui encore présente toutes les apparences de la santé. Tout à coup le voilà pris, comme on dit en clinique vétérinaire, d'une boiterie dans un ou le plus souvent dans deux membres à la fois ; ce seront généralement les deux membres postérieurs ou un seul des membres antérieurs.

On accorde à l'animal un temps de repos, et tout rentre dans l'ordre ; le voilà de nouveau au trot, et après quelques minutes, 1/4 d'heure peut-être, la boiterie recommence.

Alors, je suppose, on frappe l'animal, et c'est ici que l'expérience sur l'animal qui chez l'homme tout naturellement ne saurait être faite, aggrave les résultats, les accentue et les rend bien plus saisissants qu'ils ne le sont chez ce dernier. Je suppose, dis-je, qu'on frappe l'animal ; alors deux ordres des phénomènes sont observés pendant la durée de la crise. Parmi ces phénomènes, les uns sont relatifs à l'allure générale, les autres sont locaux, en quelque sorte, et relatifs au membre atteint de claudication.

Le pauvre animal qui fait, sous l'excitation du fouet, tous ses efforts pour continuer la marche malgré la boiterie, présente des symptômes qui, en clinique vétérinaire, sont reconnus pour exprimer une vive douleur : respiration anxieuse, battements de cœur précipités, tremblement général, sueurs abondantes partout excepté, nous le verrons, dans le membre affecté. Enfin, il tombe sur le sol, se roulant et se débattant comme font les animaux atteints de coliques violentes. Pour ce qui est maintenant du membre ou des membres affectés de claudication, ils doivent être l'objet d'une attention spéciale : 1° d'abord la façon dont l'animal fait des efforts pour agiter ses membres indique que là est le siège de la douleur ; 2° on constate cependant au moyen de l'application de moxas que la sensibilité des parties superficielles y est éteinte ; 3° la température s'y abaisse et les battements artériels cessent d'y être perçus ; 4° enfin les membres dont l'impuissance motrice est cause de la claudication, se montrent rigides, résistant aux mouvements passifs, manifestement contracturés, en un mot.

Tels sont, Messieurs, les phénomènes de la crise. L'animal est tombé à terre, il s'est roulé comme on l'a dit ; on l'abandonne à lui-même ; il prend un temps de repos, 20, 30 minutes, et pendant cette période on assiste successivement au rétablissement de l'état normal : 1° la circulation se rétablit dans les membres ; on sent de nouveau les battements artériels, et la température y est redevenue normale ; en même temps que la douleur, l'anesthésie et la contracture ont disparu.

Le pauvre animal se dresse et son allure redevient normale : « à le voir l'œil vif, expressif, les narines au « vent, l'oreille mobile et attentive, « dit Goubeaux », « on a peine à le reconnaître. » De fait si vous le remettez au trot, il part sans boiterie et vous pouvez croire que tout est chez lui redevenu normal.

Mais bientôt vous seriez détrompés, car au bout de quelques minutes, d'un quart d'heure de marche, tout recommence la crise reparaissant avec tous les caractères que nous avons relevés plus haut.

Messieurs, une fois cette maladie constituée, elle persiste telle qu'elle, constituant en quelque sorte une infirmité incurable. Ainsi, voilà un cheval qui, au pas, marche avec une allure normale ; mais, à peine a-t-il été mis au trot, que bientôt surviennent les phénomènes de la claudication qui s'amendent après un temps de repos, pour reparaître 1/4 d'heure après que l'animal est remis au trot et ainsi de suite indéfiniment.

Ces animaux-là, reconnus incurables, sont généralement sacrifiés. Que deviendraient-ils si on les laissait vivre pour en faire un sujet d'études cliniques ? Quelques-uns conservés dans ce but ont présenté, par la suite, des accès de claudication de plus en plus rapprochés, et, en fin de compte, ils ont été frappés de paraplégie permanente. Je ne vois pas que, par la suite, les chevaux affectés de ce genre de claudication aient jamais présenté de sphacèle dans les membres atteints, comme on pourrait s'y attendre en pareille circonstance. Mais cela tient peut-être à ce que la vie de ces malheureux animaux, devenus désormais inutiles, a été trop tôt sacrifiée.

Voilà l'ensemble des phénomènes, le syndrôme que nous allons rencontrer tout à l'heure chez l'homme, atténué à la vérité et ne présentant pas ce haut développement, cette intensité que l'on n'obtient chez le cheval qu'au prix d'expériences cruelles.

Mais avant d'en venir à l'homme, il importe de vous faire connaître les conditions anatomiques qui, chez le cheval, président au développement de l'affection.

Le plus souvent il s'agit d'une oblitération de l'aorte postérieure et des branches qu'elle donne, ou bien encore de l'oblitération du tronc de l'artère principale d'un seul membre ; c'est dans le 1er cas qu'il y a boiterie double, paraplégique, c'est dans le 2e qu'il y a boiterie monoplégique. L'oblitération est le plus souvent déterminée par la présence d'un caillot décoloré, ancien, adhérent aux parois artérielles ; mais la cause de l'oblitération peut être différente ; c'est ainsi, par exemple, que dans un cas rapporté à la Société de biologie en 1851 par M. Bouley, l'oblitération était déterminée par la présence, dans la paroi même du vaisseau, d'un anévrysme disséquant. Mais, quoi qu'il en soit, le caractère commun à toutes ces oblitérations qui produisent non la parésie et la gangrène du membre, mais le phénomène de la claudication intermittente, c'est que si le tronc principal du membre est oblitéré, les branches artérielles secondaires de ce membre sont perméables et permettent le rétablissement facile de la circulation au-dessous de la partie oblitérée, par la voie des collatérales.

Telles paraissent être les seules conditions nécessaires à la production de la variété de claudication intermittente dont il s'agit. (*A suivre*).

(1) *Mémoires de la Société de Biologie* [illegible] Paris, année 1859.

FÊTE OFFERTE A M. VOGT. — M. le professeur K. Vogt vient d'entrer dans sa 70e année, et il y a 40 ans qu'il a été appelé au professorat. Ses collègues de l'Université de Genève, et MM. les étudiants des différentes Facultés n'ont pas voulu laisser passer cet anniversaire sans lui laisser un souvenir de leur sympathie, de leur admiration et de leur reconnaissance. Le 6 juillet, l'Aula ouvrait ses portes au corps des professeurs, aux étudiants et aux amis de notre illustre compatriote. M. Pronier, au nom des étudiants, M. le recteur P. Vaucher, au nom de ses collègues, et M. le conseiller d'État M. C[illegible] ont pris successivement la parole. Une garniture de cheminée sortie de l'École des Arts industriels a été offerte à M. Vogt par les étudiants, un album contenant les photographies des professeurs actuels, et de quelques-uns de ceux que la Faculté a eu le malheur de perdre, lui a été remis au nom des professeurs. M. le professeur Vogt a prononcé alors un de ces discours dont il a le secret ; la première partie de la fête était terminée. Le soir elle a continué par un joyeux commers où se trouvaient de nouveau réunis professeurs et étudiants ; de nombreux toasts ont été portés. (*Revue médicale de la Suisse romande*, [illegible] juillet).

PATHOLOGIE INTERNE

Contribution à la théorie infectieuse de la furonculose. Cas de pneumonie parasitaire furonculeuse (1) ;

Par le Dr Ernest CHAMBARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin adjoint des Asiles d'aliénés de la Seine.

II

SOMMAIRE. — *Observation clinique* : Homme de 35 ans : alcoolisme chronique et paralysie générale des aliénés. — Anthrax de dos, incision et pansements à l'iodoforme. — Extension de l'Anthrax. Peumonie. Mort, — *Autopsie*, Méningo-encephalite systématique. — Pneumonie doubie lobulaire à évolution caséeuse et à caractère infectieux. — *Examen histologique du poumon.* — Constitution des nodules pneumoniques : Zones de pneumonie catarrhale ; zones de pneunorrhagie intra-lobulaire ; foyers caséeux. — *Examen microbiologique.* Microbes du pus furonculeux. — Microbes des nodules pceumoniques : leurs caractères, leur répartition.

Observation clinique. — M... (Jules), âgé de 36 ans, employé aux pompes funèbres, entre, le 27 décembre 1886 à l'asile des aliénés de Ville-Evrard. Adonné depuis longtemps à des habitudes alcooliques et arrêté au cours d'un accès de délire alcoolique subaigu avec hallucination de la vue et panophobie, il présente, au moment de son entrée, les signes physiques et intellectuels classique de la paralysie générale. Voici, d'ailleurs, les certificats qui légitiment son admission et son maintien dans un asile d'aliénés.

Certificat de police : 23 décembre 1886. — Délire alcoolique et début probable de paralysie générale ; hallucinations de la vue, terreurs ; idées confuses de persécution ; perte de la mémoire ; niveau intellectuel abaissé ; inégalité pupillaire ; léger embarras de la parole ; tremblement ; insomnie. (Dr Paul Garnier.)

Certificat d'admission : 24 décembre 1886. — Léger affaiblissement intellectuel avec hallucinations ; troubles de la sensibilité générale ; préoccupations hypochondriaques ; frayeur ; insomnie ; habitudes alcooliques. (Dr Magnan.)

Certificat immédiat : 28 décembre 1886. — Paralysie générale ; hésitation dans la parole ; inégalité des pupilles ; faiblesse dans les jambes depuis deux mois. (Dr Espian de Lamaestre.

Nous n'insisterons pas sur les éléments de ce diagnostic, qui ne présentaient, dans l'espèce, après la disparition du délire alcoolique, aucune difficulté. M... est un paralytique général, à la seconde période, déprimé, non délirant, mais à tendance hypochondriaque et porteur d'un hématome de l'oreille droite. Malgré la gravité de l'affection nerveuse dont il est atteint, ses fonctions organiques sont encore normales et son état physique demeure assez satisfaisant.

Le 10 avril 1887, on nous amène le malade à l'infirmerie. Il a un peu de fièvre, les traits sont altérés ; il refuse de manger, disant qu'il est « bouché. » En le déshabillant pour l'ausculter, nous découvrons à la partie supérieure de la région dorso-vertébrale, au niveau des trois ou quatre premières vertèbres dorsales et un peu à gauche de la colonne, un vaste anthrax arrondi, de 5 centimètres environ de largeur, entouré d'une large auréole inflammatoire et parsemé de nombreux cratères bourbillonneux. L'étendue de l'anthrax, l'empâtement de la peau voisine de sa circonférence et son caractère inflammatoire nous décident à intervenir plus énergiquement que nous n'avons coutume de le faire dans les cas de moindre gravité. Nous pratiquons dans la tumeur une large et profonde incision cruciale qui en dépasse notablement les limites ; nous enfonçons, dans chacun de ses cratères, un crayon iodoformé et nous en saupoudrons la surface d'une couche épaisse d'iodoforme. Un traitement tonique : rôti, bordeaux, tisane vineuse, est administré au malade, qui doit, en outre, boire, dans la journée ; la potion suivante : ℞ eau-de-vie, 30 ; extrait de quinquina gris, 6 ; acétate d'ammoniaque, 4 ; infusion de café, 200.

Le lendemain 11 avril, le malade a passé une nuit agitée, malgré la potion de chloral qui lui avait été administrée le soir ; la fièvre est plus vive que la veille ; la zone rouge et empâtée, érysipélatoïde, en un mot, qui entoure l'anthrax, est plus prononcée et s'est beaucoup étendue, à gauche, vers la région sus-épineuse. L'auscultation donne encore un résultat négatif.

Le 12 avril, l'état général et l'état local se sont peu modifiés ; mais on constate une pneumonie double des deux sommets, paraissant plus étendue à droite qu'à gauche. Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie faite 26 heures après la mort, par un temps frais et nullement orageux : 1° *Système nerveux.* Lésions ordinaires de la paralysie générale. Méningo-encéphalite diffuse systématisée ; épaississement des méninges avec adhérence et ramollissement cortical aux lieux d'élection ; granulations épendymaires surtout prononcées au niveau du plancher du quatrième ventricule. — *Appareil circulatoire.* Cœur, aorte et artères radiales sains. — *Appareil digestif et hématopoiétique.* Estomac, foie, rate normaux. — *Appareil uro-poiétique.* Reins, uretères et vessie normaux. — *Appareil respiratoire.* Poumon gauche : le lobe supérieur est parsemé de petites nodosités disséminées, du volume d'un noyau de cerise, dont les plus superficielles font à la surface du poumon une petite saillie à centre ombiliqué et souvent légèrement jaunâtre. Elles sont fermes, plus denses que l'eau et leur surface de coupe est lisse, d'une coloration gris rougeâtre panachée de jaune. Disséminées et distinctes dans la partie supérieure du lobe, ces nodosités deviennent confluentes dans sa moitié supérieure et surtout vers son bord antérieur où elle se réunissent pour former une masse ferme, creusée de petites cavités, d'où l'on fait soudre, par la pression, un pus caséeux. Le lobe inférieur est simplement le siège d'un œdème congestif. On y rencontre cependant aussi quelques petits nodules isolés. — *Poumon droit.* Le lobe supérieur tout entier est compact, résistant, beaucoup plus dense que l'eau. Sa surface de coupe est rouge, finement granuleuse, et la pression du doigt en fait soudre une sérosité sanguinolente tenant en suspension des bulles gazeuses extrêmement fines. Au voisinage du sommet, on trouve, creusées dans le tissu hépatisé, plusieurs cavernes ; les unes du volume d'un noyau de cerise, d'autres atteignant la dimension d'un noyau de pêche, dont les parois inégales, tortueuses, sont recouvertes d'une fausse membrane adhérente, infiltrée de pus caséeux. On rencontre aussi, vers le bord supérieur du lobe, des nodules pneumoniques semblables à ceux que nous avons décrits dans le lobe supérieur du poumon gauche. Le lobe inférieur est, comme son congénère, le siège d'un œdème congestif considérable.

Examen histologique. — L'analyse histologique des nodules pneumoniques isolés que nous venons de décrire nous fournira les éléments d'une étude complète de la pneumonie infectieuse à laquelle a succombé notre malade. Nous passerons successivement en revue le feuillet viscéral de la plèvre qui recouvre les plus superficiels, le tissu pulmonaire, moins altéré, qui les entoure et les lésions diverses qui les constituent.

La technique que nous avons suivie est, d'ailleurs, des plus simples. Des nodules pneumoniques choisis parmi les plus petits et les plus superficiels ont été enlevés avec un peu du tissu pulmonaire ambiant et durcis par macération successive dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes, pratiquées parallèlement à la surface pleurale, ont été colorées par l'éosine hématoxylique de Renaut et montées par la glycérine teintée par cette matière colorante. Dans ces préparations, les noyaux sont teints en violet intense, le tissu élastique en rouge, le tissu conjonctif en rose et les protoplasmas en rouge brun plus ou moins foncé.

1° *Plèvre viscérale sus-nodulaire.* — Les couches superficielles du feuillet pleural qui revêt les nodules sont à peu près normales ; les couches profondes seules sont un peu congestionnées et infiltrées de cellules lymphatiques qui remplissent, en certains points, les espaces et les troncules lymphatiques sous-pleuraux quelque peu dilatés.

2° *Tissu pulmonaire peri-nodulaire.* — Le tissu pulmonaire qui avoisine les nodules est le siège d'une congestion assez intense et d'un certain siège de catarrhe alvéolaire. Les capillaires dilatés font saillie sur la paroi des alvéoles dont la

(1) Voir *Progrès médical*, n° 31.

cavité renferme une grande quantité de cellules endothéliales tuméfiées en voie de desquamation et de retour à l'état embryonnaire.

3° *Nodules pneumoniques.* — Les nodules pneumoniques répondent à peu près par leurs dimensions et surtout par leur disposition topographique à un lobule pulmonaire. Sauf une certaine congestion dans les ramifications des veines pulmonaires, les espaces interlobulaires qui se trouvent à leur périphérie sont à peu près normaux et il en est de même des espaces intralobulaires qui existent à leur intérieur. Les branches intralobulaires de l'artère pulmonaire sont cependant dilatées, entourées d'une exsudation œdémateuse et remplies d'un reticulum fibrineux dont les mailles renferment des globules rouges mêlés en proportions normales à des globules blancs.

C'est le stroma alvéolaire du nodule qui est le siège des lésions que nous devons maintenant étudier : elle n'y sont pas uniformes et réparties au hasard. L'on trouve, en effet, dans chaque nodule des zones bien distinctes, les unes généralement périphériques, de pneumonie catarrhale et fibrineuse, les autres de pneunorrhagie, d'autres enfin de désintégration caséeuse.

a) Zones de pneumonie catarrhale et fibrineuse. — Les régions des nodules atteintes de pneumonie catarrhale et fibrineuse, ordinairement périphériques, se reconnaissent à un faible grossissement, à leur opacité relative et à la teinte violette que lui a donné l'hématoxyline. A un grossissement suffisant, les alvéoles sur les parois desquels font saillies les capillaires dilatés par le sang, apparaissent remplis, soit de cellules sphériques, volumineuses, claires, à gros noyaux ovoïdes colorés en violet intense qui sont évidemment des cellules endotéliales déquamées et revenues à une forme métatypique de leur vie embryonnaire, soit de cellules lymphatiques granulo-graisseuses, c'est-à-dire de globules de pus, séparées par un fin réticulum fibreux, plutôt encore, en réalité, par un mélange de ces deux espèces d'éléments cellulaires. Aux cellules lymphatiques et endothéliales qui bourrent les alvéoles sont mélangés un grand nombre de globules rouges du sang.

b) Zones de pneumorrhagie intra-alvéolaire. — En des régions très étendues des nodules et plutôt dans leurs régions centrales, se rencontrent des zones de pneumorrhagie intra-alvéolaire qui sur une coupe vue avec un faible grossissement, apparaissent claires, transparentes et colorées en rose brunâtre. A leur niveau, le sang a fait irruption dans l'alvéole et l'a rempli en provoquant la désintégration granulo-graisseuse des éléments cellulaires qu'ils renfermaient. Les alvéoles se montrent, à un plus fort grossissement, entièrement remplis par une mosaïque de globules rouges au sein de laquelle se distinguent les restes du contenu cellulaire antérieur à l'hémorrhagie, quelques globules blancs et de grosses cellules lymphatiques sphériques de 13 μ de diamètre infiltrées de pigment mélanique.

c) Zones de caséification. — Formation des cavernes. — Nous avons vu que certains nodules présentaient, à leur centre, un point de ramollissement caséeux parfaitement visible sur les coupes et reconnaissable à la surface dee nodules sous-pleuraux, à une dépression jaunâtre et ombiliquée. Ces cavernules deviennent de véritables petites cavernes au niveau des régions hépatisées de pneumonie pseudo-lobaire que l'on rencontre dans le lobe supérieur du poumon droit ; mais, dans les deux cas, la structure de leur paroi est identiquement la même.

La paroi des cavernules et des cavernes comprend trois zones assez bien distinctes. La zone externe répond aux régions de pneumonie catarrhale et fibrineuse que nous avons décrites dans les nodules pneumoniques et n'offre rien de particulier ; dans la zone moyenne, on voit les alvéoles, tapissées de cellules endothéliales gonflées et en voie de desquamation, renfermer une masse centrale caséeuse constituée par une agglomération de cellules déformées, desséchées, opaques et nullement ou faiblement colorables; dans la zone interne, les alvéoles entièrement remplis par les masses caséeuses s'ouvrent largement dans la cavité caverneuse et y déversent leur contenu.

Examen bactériologique. — Nous avons examiné au microscope, au point de vue bactérioscopique, le pus de l antrax de M... au moment où nous l'avons ouvert, le liquide que la pression faisait soudre des surfaces de coupe des nodules pneumoniques et des coupes microscopiques pratiquées, dans les conditions que nous avons indiquées, à travers les nodules. Dépourvu, à ce moment, d'étuve à température constante, nous n'avons pu cultiver les microbes que nous avons rencontrés en abondance dans la peau et le poumon de notre sujet et nous nous proposons de combler bientôt cette lacune ; nous nous promettons aussi de tenter quelques inoculations de pus furonculeux et de liquide de culture sur nous-même et sur les animaux.

1° *Recherche du microbe furonculeux dans le pus et dans le liquide des nodules pneumoniques.* — La technique de cette recherche est des plus simple. Après avoir étalé entre deux lamelles une goutte de pus recueillie, après incision, dans les couches profondes de la peau ou un peu de la sérosité exprimée d'une coupe fraîche de nodule pneumonique, et desséché la couche mince ainsi déposée sur chacune d'elles en les passant à trois ou quatre reprises sur la flamme d'une lampe à alcool, nous les avons fait flotter dans une solution anilisée de fuschine, de violet ou de bleu de méthyle. Au bout de 10 à 15 minutes, la coloration est suffisante et si la préparation renfermait beaucoup d'éléments anatomiques tels que les globules de pus, capable de masquer les microbes dont la tenuité est extrême, on peut la décolorer partiellement, mais avec beaucoup de précaution, car ils ne fixent pas eux-mêmes, bien énergiquement la matière colorante (1).

S'il est facile de constater la présence de microbes furonculeux qui, bien colorés, apparaissent, même à des grossissements moyennement forts, tels que ceux que fournissent les objectifs 7 et 8 de Verick, comme des points parfaitement visibles, de très forts grossissements et d'excellents objectifs à grand angle d'ouverture seraient nécessaires pour déterminer leur structure : nous n'y sommes pas nettement parvenu avec un objectif à immersion homogène de 1/20 de Leitz pourtant assez bon, aidé de tous les jeux de lumière directe et oblique que permet d'obtenir le condensateur d'Abbé.

A ces grossissements qui atteignent, avec des oculaires de travail, 1000 et 1,500 diamètres, le microbe furonculeux apparaît sous forme de très petite cocci, exactement sphériques, d'un diamètre très-uniforme ne dépassant pas 0μ 8 et, par conséquent, difficiles à mesurer exactement et dans lesquels l'examen le plus patient, avec les moyens déjà puissants cependant dont nous disposions, ne permet de distinguer aucun détail de structure. Isolés (monococci) géminées (diplococci) plus rarement disposé par trois ou par quatre (tetragéni), ils sont tantôt disséminés, tantôt réunis en groupes staphyloïdes (staphylococci) ou en amas zoogleiformes. Cette dernière disposition était surtout très évidente dans le liquide extrait par pression des nodules pulmonaires.

Nous avons rencontré ce parasite en abondance *et seul,* dans le pus de l'anthrax, au moment de son incision, dans le liquide recueilli en appliquant une lamelle après la mort à la surface d'une coupe de la peau, dans le liquide pris de la même manière à la surface de coupe des nodules pneumoniques et c'est là qu'ils étaient les plus abondants ; ils faisaient, au contraire, défaut dans les régions tout à fait saines de la peau et du parenchyme pulmonaire.

2° *Recherche et distribution du microbe furonculeux dans les coupes des nodules pneumoniques.* — Les préparations colorées à l'éosine hématoxylique où nous avons étudié des altérations histologiques du poumon au niveau des nodules pneumoniques et dans leur voisinage permettent de voir assez nettement les microbes furonculeux, surtout lorsqu'ils sont réunis en amas assez considérables: ils forment alors des taches

(1) Le liquide suivant, dont nous empruntons la formule au *Traité de microscopie clinique* de Bizzozero et Firket, colore très bien la plupart des microbes et se conserve très longtemps tout préparé ; la préparation de celui dont nous nous servons actuellement remonte à deux ans environ :

Bleu de méthyle. . . . . . ,	0 gr. 50.
Alcool.	25.
Eau distillée.	75.

Nous décolorons avec l'alcool plus ou moins additionné d'acide clorhydrique : un mélange au dixième convient pour le bacille tuberculeux.

plus ou moins étendues, assez faiblement colorées en rose, qui paraissent finement granuleuses à un grossissement modéré (⅟ Verick) mais que de plus forts objetifs (Obj. VII), et, à plus forte raison, l'objectif à immersion homogène permettent de résoudre en micrococci innombrables, serrés les uns contre les autres et de volume uniforme.

Mais pour bien voir les micrococci isolés ainsi que les groupes staphyloïdes qu'ils forment dans les alvéoles pulmonaires et pour en déterminer exactement le siège, il est nécessaire de recourir à d'autres méthodes. A cet effet, les coupes bien dégommées, sont fortement colorées par la solution anilinée de bleu de méthyle, partiellement décolorées par une prudente immersion dans l'alcool additionné d'une trace d'acide chlorhydrique, séchées à l'étuve, éclaircies par l'essence de girofles et montées dans le baume de Canada fondu.

Sur ces préparations examinées avec le condensateur muni d'un large diaphragme, les micrococci isolés ou réunis en amas apparaissement parfaitement colorés en bleu, tandis que des éléments voisins, ceux qui, comme les noyaux ont une grande affinité pour la matière colorante, se montrent teintées en bleu plus ou moins pâle et que les autres disparaissent presque entièrement, noyés qu'ils sont dans les flots de lumière blanche qui inonde le champ du microscope.

Les coupes ainsi préparées montrent des micrococci isolés ou groupés tant dans les régions des nodules pneumoniques atteintes d'alvéolite catarrhale et fibrineuse, que dans les parois caséeuses des cavernules mono-nodulaires, et des petites cavernes poly-nodulaires ; mais c'est dans les régions hémorrhagiques que les parasites se montrent avec le plus d'abondance, on trouve là, au milieu de la mosaïque formée par l'accumulation des globules rouges du sang et des cellules lymphatiques et endothéliales en état de désintégration granuleuses ou granulo-graisseuse, outre les micrococci disséminés dont nous venons de parler, des zoogleies très denses, parfois très étendues, de forme d'ailleurs irrégulière et dont les dimensions peuvent varier de 10μ à 60 μ ; on y rencontre même des alvéoles de petit volume entièrement occupés par les masses zoogleiques. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Ulcère simple du duodénum.

La plupart des traités classiques, qui sont entre nos mains, font à peine mention de l'*ulcère simple du duodénum*. Tous consacrent un chapitre important à l'*ulcère simple de l'estomac*, qui, avant la magistrale description de Cruveilhier (1830), était confondu avec le cancer et n'avait pas d'histoire propre. Il semble que le moment soit venu de faire pour l'ulcère du duodénum ce que Cruveilhier a fait pour l'ulcère de l'estomac.

Un clinicien éminent, M. le Dr Bucquoy, médecin de l'Hôtel-Dieu, vient de le tenter dans un travail à la fois original et critique, véritable monographie de l'ulcère du duodénum, qui mérite de ne pas passer inaperçue (1).

Si l'histoire de l'ulcère duodénal est restée, jusqu'à nos jours, fort incomplète et fort négligée, ce n'est pas la pénurie des observations qu'il faut en accuser.

Le relevé de tous les travaux épars sur la question donne le chiffre important de 150 observations, dont cinq récentes appartiennent à M. Bucquoy. Mais l'absence de symptômes pathognomoniques et l'incertitude du diagnostic ont détourné la faveur des praticiens de l'ulcère duodénal.

Cette lésion est, dans la grande majorité des cas, une trouvaille d'autopsie ; parfois elle coïncide avec l'ulcère de l'estomac ; souvent elle est isolée. Dans les deux cas, elle ne peut être soupçonnée que par une analyse clinique des plus difficiles et le diagnostic ne repose que sur des probabilités ou des conjectures. Il n'y a pas un seul symptôme qui permette d'affirmer l'existence de l'ulcère simple du duodénum ; l'ensemble même des symptômes n'autorise pas cette affirmation, il permet seulement l'exclusion d'autres maladies et conduit, par la voie détournée des éliminations, à un diagnostic satisfaisant.

Comment s'étonner après cela du silence qui s'est fait autour des nombreuses observations d'ulcère du duodénum publiées en France et à l'étranger ? M. Bucquoy trouvera-t-il plus d'écho que ses devanciers? Nous n'en doutons pas après avoir lu son travail, qui reflète éloquemment la méthode d'observation et le sens clinique de l'école française.

Nous ne dirons rien de l'anatomie pathologique de l'ulcère duodénal, elle est parfaitement connue. Quant à la pathogénie, elle prête aux mêmes divergences de vue que celle de l'ulcère de l'estomac; les mêmes théories sont applicables aux deux localisations, *stomacale et duodénale*, de l'ulcère simple. Nous voulons insister surtout sur les symptômes et le diagnostic qui offrent des difficultés d'un autre ordre et qui intéressent à un autre degré les médecins praticiens.

La symptomatologie, M. Bucquoy l'avoue, est remplie de lacunes ; la lésion peut rester absolument latente et ne se révéler que par une perforation soudaine ou par une hémorrhagie foudroyante. Ces deux redoutables terminaisons de l'ulcère du duodénum peuvent surprendre les sujets dans le cours d'une santé en apparence parfaite et l'ulcération peut évoluer silencieusement et sans aucun éclat jusqu'au terme fatal. Dans les cinq cas observés par M. Bucquoy, le premier phénomène important et significatif a été l'*hémorrhagie intestinale;* le sang rendu par les selles est toujours *noir* et analogue à du goudron ; le mélœna peut s'accompagner d'hématémèses. Le vomissement de sang s'explique par le fait que l'ulcère, siégeant sur la première portion du duodénum, est très proche de l'estomac.

La perte de sang par l'intestin est soudaine et abondante; elle survient peu de temps après le repas et s'accompagne de coliques qui peuvent faire penser à une indigestion. La mort a été notée dans quelques cas à la suite d'une seule entérorrhagie foudroyante. Mais en général les hémorrhagies se répètent et plongent les malades dans un état d'anémie extrême; la peau et les muqueuses sont absolument décolorées. Cette pâleur excessive fait tout de suite penser aux hémorrhagies internes; elle constitue un élément de diagnostic qui a bien sa valeur. Passons sur les autres symptômes des grandes hémorrhagies : vertiges, obnubilations, lipothymies, sueurs froides, syncopes, etc.

La *douleur* n'a pas, pour l'ulcère duodénal, la même valeur séméiologique que pour l'ulcère stomacal. Elle est loin d'être constante ; elle est en outre variable de siège, de durée, d'intensité. On l'observe surtout après le repas et à la fin de la digestion stomacale, elle siège

(1) Etude clinique sur l'ulcère du Duodénum. (*Arch. gén. de méd.*, avril, mai, juin 1887.)

surtout dans l'hypochondre droit, entre les fausses côtes et l'ombilic, vers le bord externe du muscle droit. Elle se propage souvent à l'épigastre et dans le reste de l'abdomen, rappelant la douleur de la péritonite aiguë. Parfois, ce sont des phénomènes réflexes qu'on observe: névralgies, convulsions, dyspnée et suffocation. Jamais on n'a observé les points dorsaux et xiphoïdiens signalés dans l'ulcère de l'estomac. Enfin le moment d'apparition de la douleur doit être noté; c'est 2 ou 3 heures seulement après l'ingestion des aliments que la crise douloureuse éclate. Les troubles digestifs relevés dans bon nombre d'observations n'ont rien de caractéristique; la lésion duodénale, seule et dégagée de toute complication, ne semble influer, ni sur les fonctions de l'estomac, ni sur celles de l'intestin.

Les vomissements sont fréquents; ils sont dus au voisinage de l'orifice pylorique; parfois ils reconnaissent pour cause un rétrécissement cicatriciel du duodénum; la dilatation de l'estomac peut aussi résulter de la cicatrisation de l'ulcère duodénal. M. Bucquoy insiste beaucoup sur la conservation de l'appétit chez les malades atteints d'ulcère simple du duodénum, même quand ils ont des crises douloureuses violentes. Voilà un indice que l'estomac n'est pas en cause. Quant à l'ictère, il est exceptionnel et n'a pas de valeur séméiologique.

La marche de la maladie est lente et irrégulière, soumise à des exacerbations et à des rémissions de durée variable. La terminaison la plus fréquente est la perforation duodénale et la péritonite suraiguë qui en est la conséquence.

M. Bucquoy ne partage pas le *pessimisme* des auteurs qui l'ont précédé; il croit à la curabilité de l'ulcère du duodénum. Sur les cinq cas qui lui sont personnels, un seul s'est terminé par la mort.

Le diagnostic repose sur trois ordres de phénomènes: 1° les hémorrhagies intestinales; 2° le siège de la douleur; 3° les troubles digestifs. Quand ces phénomènes sont groupés, ils rendent le diagnostic très probable, sinon absolument certain. L'écueil à éviter, c'est de confondre l'ulcère du duodénum avec l'ulcère de l'estomac.

Le siège, les caractères, le moment d'apparition de la douleur, la conservation de l'appétit sont les meilleurs signes différentiels à invoquer. On peut conclure avec M. Bucquoy, que le diagnostic de l'ulcère du duodénum n'est pas impossible, et que cette affection se distingue par des caractères bien tranchés de l'ulcère de l'estomac avec lequel elle est le plus souvent confondue. Enfin si l'ulcère de l'estomac s'observe surtout chez les femmes et les chlorotiques, l'ulcère du duodénum est incomparablement plus fréquent chez les hommes.

Terminons cet article par deux conclusions relatives au diagnostic et au traitement, et qui résument bien la pensée de M. Bucquoy. 1° Quand un malade du sexe masculin (c'est presque toujours chez l'homme qu'on observe l'ulcère simple du duodénum) est pris tout à coup d'hémorrhagies intestinales que rien n'annonce et qui cèdent au bout de quelque temps, sans entraîner d'autres désordres que ceux qui résultent d'une anémie extrême; quand ces hémorrhagies reviennent avec les mêmes caractères, à des époques plus ou moins éloignées, laissant dans les intervalles toutes les apparences de la santé; quand enfin, après les crises hémorrhagiques, le retour rapide des fonctions de l'ostomac démontre l'intégrité de cet organe, il y a de fortes présomptions, sinon certitude, que les hémorrhagies ont leur origine dans un ulcère simple du duodénum.

2° Le traitement de l'ulcère simple du duodénum est à peu de choses près celui de l'ulcère simple de l'estomac. Toutefois l'intégrité de l'estomac dans le premier, l'ulcération persistante de la muqueuse dans le second, établissent des différences capitales au point de vue des indications thérapeutiques pour ce qui a trait au régime au moment de la convalescence. Tandis que l'ulcération de la muqueuse stomacale oblige à maintenir un régime des plus sévères et à continuer l'usage du lait pendant un temps souvent fort long, le malade atteint d'ulcère simple du duodénum peut, grâce au bon fonctionnement de son estomac, recourir de bonne heure à une alimentation plus variée et satisfaire ainsi au besoin de réparation que laissent après elles les graves hémorrhagies qu'il a subies.

En somme, le travail de M. Bucquoy comble très heureusement une lacune importante de pathologie médicale. D[r] J. Comby.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juillet 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. Le Président signale la présence de S. M. don Pedro d'Alcantera, Empereur du Brésil, associé étranger de l'Académie, qui assiste à la séance.

M. Pasteur, nommé secrétaire perpétuel à la place de M. Vulpian, adresse une allocution à ses confrères.

M. A. Richet lit une notice sur les travaux scientifiques de M. Gosselin.

M. A. Galtier étudie *les dangers des matières tuberculeuses qui ont subi le chauffage, la dessication, le contact de l'eau, la salaison, la congélation, la putréfaction.* Le virus de la tuberculose est doué d'un pouvoir de résistance tel qu'il peut conserver son activité dans les eaux, dans les matières putréfiées, à la surface des objets, malgré la dessication, malgré les variations de température et malgré la congélation. Si l'on considère, d'autre part, que les malades excrètent souvent des quantités considérables de matière virulente, qu'ils en rejettent dans les milieux extérieurs, non-seulement avec leurs produits de sécrétion pathologique, mais encore avec certains produits de sécrétion physiologique, on est bien forcé de ne pas méconnaître les dangers que créent pour l'hygiène de l'homme et des animaux les diverses matières qui peuvent contenir des agents de la maladie telles que les immondices provenant de maisons où se trouvent des personnes phtisiques et les litières, fumiers ou purins des étables où sont logés des animaux tuberculeux. Les bêtes malades souillent de leurs excrétions les divers objets qui sont à leur portée, l'eau des abreuvoirs; leurs excréments peuvent entraîner avec eux de la matière virulente en cas de tuberculose intestinale; il en est de même des urines quand les reins sont envahis par les lésions. M. Galtier a, en effet, donné la tuberculose à des lapins en leur injectant dans une veine de faibles doses d'urine recueillie dans la vessie d'autres lapins morts de tuberculose généralisée.

M. J. Peyron démontre expérimentalement que l'*action chlorophylienne est proportionnelle à l'intensité de l'éclairement.*

M. Prillieux signale *l'apparition, aux environs d'Agen, du Black Rop, champignon parasite du raisin.*

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 juillet 1887. — Présidence de M. Dastre.

M. Ruault présente à la Société un appareil très ingénieux et très simple destiné à modifier le manuel opératoire de la thoracenthèse.

M. Féré fait une communication très intéressante sur les images lumineuses consécutives qui se produisent chez les sujets fatigués. M. Féré a fait l'expérience sur lui-même: après une nuit passée en chemin de fer, l'auteur de la communication, contemplant le lever du soleil, a remarqué que l'excitation lumineuse produite par la vue du disque rouge déterminait le rappel de disques négatifs. Une excitation mécanique faite sur le globe oculaire est capable de rappeler les mêmes phénomènes. Chez les hystériques, le rappel de ces images consécutives est particulièrement facile; elles se produisent sous l'influence d'excitations sensorielles diverses, et même par la simple application sur le sommet de la tête d'un diapason en vibration.

M. Féré rapporte l'observation d'un individu employé aux écritures dans une Compagnie d'assurances et chez lequel il a pu constater la production de la crampe des écrivains dans des conditions particulièrement intéressantes. Ce sujet, névropathe, ayant eu des convulsions dans l'enfance, très émotif, imberbe et porteur d'autres signes particuliers aux dégénérés, écrivait, en moyenne, deux ou trois heures par jour. S'étant endormi un jour appuyé sur le coude droit, il constata, à son réveil, un engourdissement persistant avec picotements douloureux dans la région du nerf cubital. Ces phénomènes s'accompagnaient de tremblements fibrillaires dans les muscles de la région hypothénar. Les jours suivants, il fut impossible au malade d'écrire. Au bout d'un mois de repos, la guérison fut complète. L'étiologie de cette variété de crampe des écrivains paraît intéressante; elle semble due manifestement à la compression du nerf cubital. Galland avait déjà remarqué qu'on observe plus particulièrement la crampe des écrivains dans certaines administrations et chez des hauts fonctionnaires qui écrivent peu. Peut-être faut-il tenir compte, dans ce cas, de la suractivité cérébrale?

M. Gregorescu (de Bucharest) lit une observation relative à un cas de myosclérose avec lésions des nerfs périphériques.

M. Gley dépose, au nom de M. Nicolas (de Nancy), une note sur la karyokinèse dans les cellules épithéliales de l'intestin grêle.

M. Dumontpallier, au nom de M. Lépine (de Lyon), remet une note sur l'altération du sang produite par l'acétanilide et la dyosynaphtaline.

M. Galippe. — Dans une communication récente à la Société, M. Debierre (de Lyon) a cru pouvoir résoudre la question de savoir si nous naissions gauchers ou droitiers. En 1884, j'avais déjà fait remarquer que les dents du côté droit sont plus volumineuses que celles du côté gauche. J'ai repris, depuis cette époque, mes recherches sur les maxillaires, et je ne crois pas devoir accepter les conclusions de M. Debierre. M. Debierre a mesuré et pesé des os de fœtus sans se préoccuper si ces êtres étaient destinés à être gauchers ou droitiers. M. Debierre pense que c'est l'habitude et l'hérédité qui font les droitiers et les gauchers. Je ne le crois pas. En effet, j'ai observé que ce sont surtout les maxillaires gauches qui, chez les droitiers, sont le siège d'anomalies de développement. Huit fois sur dix, l'éruption de la dent de sagesse s'accompagne d'accidents sur le maxillaire inférieur gauche. Sur 64 observations d'anomalies non symétriques, que j'ai observées, 41 siégeaient à gauche, 23 à droite. Sur ces 23 cas, il y avait 3 gauchers. Il reste donc 41 anomalies, portant sur le maxillaire gauche contre 20 portant sur le maxillaire droit, c'est-à-dire un bénéfice de 50 0/0 en faveur du côté gauche. Du reste, en consultant les figures d'anomalies dessinées dans les auteurs, on constate que la grande majorité sont représentées comme appartenant au côté gauche. On observe des phénomènes inverses chez les gauchers; mais les gauchers sont plus rares et les faits sont, par conséquent, moins nombreux. D'autre part, beaucoup de gauchers rentrent dans la catégorie des dégénérés. Les gauchers peuvent devenir ambidextres par éducation; mais il leur reste toujours une certaine préférence pour le côté gauche. D'après ces arguments, tirés d'observations un peu particulières, je crois pouvoir conclure que nous sommes droitiers par atavisme et gauchers par hérédité morbide.

M. Darier fait une communication relative à l'existence d'un plexus nerveux dans les parois des vaisseaux lymphatiques. Les examens histologiques ont porté sur le canal thoracique du chien. Le plexus nerveux est constitué par des filets nerveux anastomosés, en réseau, et dépourvus de myéline: il siège dans la tunique adventice à la face externe de la tunique musculaire.

M. Dastre fait remarquer que sur ce point comme sur beaucoup d'autres, les expériences des physiologistes ont précédé les recherches des anatomistes. Cl. Bernard avait démontré les propriétés vaso-motrices des chylifères.

M. Beauregard, au nom de M. Wertheimer (de Lille) dépose une note sur l'appareil digestif des insectes.

La séance est levée. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 août 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un appareil de M. Jacobelli (de Naples). Il permet d'administrer des substances médicamenteuses dosées, soit en inhalations, soit en vaporisations, soit en pulvérisations. *L'atmiomètre* de M. Jacobelli a été employé par M. Dujardin-Beaumetz, qui en a retiré des avantages sérieux dans plusieurs circonstances.

Suite de la discussion sur le surmenage intellectuel

M. Lagneau, signale plusieurs faits nouveaux à l'appui de sa théorie sur l'influence des programmes scolaires et du surmenage intellectuel et propose, au nom de la commission, la conclusion suivante: L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur les graves conséquences morbides du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, lycées et écoles spéciales, et sur la nécessité d'apporter de grandes réformes aux modes et aux programmes d'enseignement actuellement adoptés.

M. Peter a signalé les conséquences pathologiques du surmenage cérébral et de la claustration dans un milieu confiné, a insisté à dessein sur ce fait que ces victimes scolaires n'étaient ni des dégénérés, ni des prédisposés. Aux documents qui lui sont personnels, M. Peter en ajoute d'autres aujourd'hui qui lui viennent d'autrui et qui démontrent la réalité du surmenage cérébral et de ses multiples conséquences. Aussi n'hésite-il-pas à voter les conclusions de la commission.

M. Luys rappelle que M. Peter a établi un lien pathogénique entre le surmenage du cerveau et l'explosion de la tuberculose pulmonaire. Si la proposition de M. Peter était vraie, c'est dans le domaine de la pathologie mentale qu'on devrait rencontrer le plus grand nombre de cas de cette maladie. Or, sur un relevé de 1086 observations, M. Luys n'a trouvé que 6 cas de tuberculose coïncidant avec la folie. M. Luys se demande si ce surmenage intellectuel des jeunes gens est aussi net et aussi neuf qu'on veut bien le dire, et si, les désordres organiques ne sont point imputables à des conditions hygiéniques défavorables dans lesquelles ils se trouvent placés et des règlements scolaires auxquels ils sont mutuellement assujettis. Les efforts de l'éducation doivent tendre nécessairement à mettre en œuvre un appareil organique qui se développe régulièrement et d'une façon si luxuriante à cette époque de la vie. L'activité cérébrale de l'enfant diffère de celle de l'homme adulte, chez lequel les régions émotives sont toujours as-

sociées au développement intellectuel. L'homme qui travaille dans la lutte de la vie ne le fait pas sans une participation profonde de sa sensibilité; il met en même temps, en activité son esprit et son cœur; il y a, en même temps, la surexcitabilité intellectuelle doublée de la suractivité émotive, et c'est ainsi que toutes les molécules de son cerveau sont universellement mises en vibrations et qu'il fait feu en quelque sorte de toutes parts. Voilà le vrai surmenage, voilà le véritable état pathologique avec lequel il faut sérieusement compter et que l'expérience journalière nous montre comme étant la première étape qui conduit aux hypérémies cérébrales chroniques et inconstantes. Il est néanmoins bon de noter que, parmi la masse des écoliers qui s'avancent en suivant la marche régulière des études, il existe un contingent spécial de sujets impropres au service, faibles de complexion cérébrale et qui, sans être paresseux malgré leur bonne volonté, sentent leurs forces qui les trahissent et sont obligés d'interrompre le cours de leurs études. Ce sont ceux là qui sont les surmenés de nos écoles, et ce sont le plus souvent des héréditaires. Au point de vue des signes physiques, ils ont le crâne ou trop petit, ou trop grand pour leur taille. M. Luys prouve donc qu'il est indispensable de faire des réserves au sujet des rapports pathogéniques que M. Peter a cherché à établir entre le surmenage des écoliers et le développement de la tuberculose pulmonaire.

M. Javal trouve souvent la principale cause de l'incapacité de travail dans l'organe de la vision.

M. Féreol estime que la somme de travail qu'on demande aux enfants n'est pas aussi considérable qu'on se plaît à le déclarer et regrette qu'on ne tienne pas assez compte, dans la question du surmenage intellectuel avec ses conséquences d'un facteur important, l'onanisme.

M. Féreol maintient que l'Académie ne doit pas s'occuper du surmenage, mais bien des questions d'hygiène scolaire.

M. Trélat fait remarquer à l'académie que les points contestés par la pluralité de ses membres ne relèvent pas de leur compétence. Il faut surveiller l'hygiène des écoles, veiller à ce qu'on leur donne de l'air et de la lumière en quantité suffisante. A. Josias

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de décembre 1886.— Présidence de M. Cornil.

21. Rapport sur la candidature de M. A. Festal au titre de membre adjoint de la Société anatomique; par M. A. Marfan, interne des hôpitaux.

En 1883, lors de sa première communication faite en collaboration avec M. Reclus, M. Festal nous montre trois exemples d'hydrocèle vaginale intéressants au double point de vue pathogénique et anatomo-pathologique.

Sur les trois pièces, le liquide ressemble à celui de toutes les hydrocèles; la poche qui le contient n'offre, tout d'abord, rien de particulier. et un examen superficiel aurait permis de considérer ces collections comme banales, mais, en regardant de plus près, on relève les détails suivants: les tubes épididymaires, au lieu d'être, comme normalement, groupés en un faisceau coiffant le bord postéro-supérieur du testicule, sont déroulés et appliqués contre la paroi de la poche; ils décrivent ainsi une grande boucle dont les deux extrémités tiennent aux deux pôles de la glande.

On voit bien cette disposition en examinant la vaginale par transparence.

Histologiquement, l'épididyme n'a subi aucune altération; il n'y a eu là qu'une action mécanique que nous ne saurions mieux expliquer qu'en citant les reflexions qui suivent la communication: « Une petite quantité de liquide s'accumule dans une des cryptes existant normalement sous l'épididyme et le distend peu à peu; la tête et la queue, fixées au testicule, conservent leurs rapports normaux, mais le corps cède à la poussée, s'éloigne progressivement de la glande, et le premier stade se trouve ainsi constitué:

« Que la distance s'exagère, le liquide continuant à s'accumuler, les dimensions de l'anse augmenteront jusqu'à former une ellipse à peu près complète, ainsi qu'on l'observe sur la première pièce ».

Cette interprétation trouve un appui solide dans l'examen de la vaginale droite du premier sujet: elle ne contenait que 12 à 15 gr. de liquide, et l'on pouvait saisir sur le vif le début de ce déroulement épididymaire provoqué par la localisation primitive de l'épanchement dans les cryptes.

C'est au fond de ces diverticules qu'on trouve de petits corps étrangers dissimulés, très fréquents pour qui sait les chercher, cause déterminante probable de l'épanchement. Ils témoignent, en tout cas, d'un certain degré de vaginalite chronique. et ne sont autre chose que des épaississements développés sur la séreuse par l'inflammation; simples mamelons sessiles au début, ils se péditulisent à la longue et finissant par se détacher. La deuxième pièce est, à ce point de vue, très démonstrative car on y voit ces élevures mamelonnées s'étrangler graduellement à leur base, et se détacher peu à peu de leur point d'implantation.

La fréquence de ces corps étrangers comprenant un noyau central calcaire que revêt un manteau de faisceaux conjonctifs stratifiés, a été mise en évidence en 1875 par M. Reclus dans une communication faite à cette Société.

La seconde présentation de M. Festal sur laquelle je désire appeler l'attention, a trait à un lipome de la face interne du bras.

La tumeur, dont le début remontait à l'âge de 14 ans, avait grossi progressivement et s'était péditulisée. Chaque époque menstruelle y ramenait une congestion et une augmentation de volume transitoires.

A l'examen, on l'a vue formée de tissu adipeux presque pur, disposé en cordons entremêlés, parsemés de noyaux durs et crétacés, et séparés les uns des autres par de minces cloisons connectives émanant de la gaine d'enveloppe générale. On les suivait dans le pédicule jusqu'au point d'implantation de la tumeur où on les perdait.

Cette configuration particulière, jointe aux renseignements fournis par la malade sur la tuméfaction périodique du néoplasme, ont pu faire croire a un lipome télangiectasique, et une double ligature préparatoire a été éventuellement appliquée sur le pédicule avant l'ablation.

Nous n'avons trouvé décrit nulle part d'une façon aussi explicite, cet aspect fasciculé du lipome.

Enfin, dans une des dernières séances, M. Festal nous a montré une pseudarthrose très complète de l'humérus survenue consécutivement à une fracture; la nouvelle articulation est surtout remarquable par la réunion, sur la même pièce, d'une enarthrose et d'une amphiarthrose, la solidité des ligaments, et une adaptation de toutes les parties molles ou dures qui entouraient le foyer de la fracture. Cette adaptation semble avoir eu pour but de créer une nouvelle jointure aussi parfaite que possible. La pièce a été offerte au musée Dupuytren.

Ces titres me semblent suffisants pour faire admettre M. Festal comme candidat au titre de membre-adjoint.

22. M. Martin de Gimard présente un *anévrysme sacciforme* siégeant à la partie latérale droite de la *crosse de l'aorte*. On constate à l'autopsie une dilatation aortique au-dessous de l'anévrysme, avec légère insuffisance, sans qu'on ait entendu de souffle pendant la vie.

23. M. Delbet présente un *cancer de la vésicule biliaire* formant une énorme tumeur à parois épaisses, et remplie de gros calculs. Le foie presque indemne ne présente qu'un petit noyau cancéreux au voisinage de la vésicule.

24. M. Babinski montre des préparations de figures nouvelles trouvées par lui dans les muscles striés de l'homme, à l'état normal. Ces pièces ont déjà fait l'objet d'une communication à la Société de biologie.

MM. Marchant et Tuffier sont nommés *membres titulaires*.

M. Schachmann est nommé *membre correspondant*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 juillet 1887. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une note de M. DEVALZ, des Eaux-Bonnes, contenant le récit de trois cas de fièvre typhoïde survenus chez les trois filles d'un hôtelier, dans la maison duquel une voyageuse aurait eu la fièvre typhoïde. L'auteur n'ayant pu trouver l'explication de l'infection par l'eau, croit l'avoir découverte dans ce fait que la chambre des jeunes filles prenait jour sur une galerie tout à côté de la porte des cabinets d'aisance où étaient vidées sans grandes précautions les déjections de la typhique. Il croit donc que la contagion s'est faite par l'air.

M. le professeur HAYEM expose le résultat de ses recherches sur l'*urobiline*. L'urobiline, un des pigments dérivés du sang, peut se rencontrer dans le serum, l'urine et même la bile. M. Hayem démontre ce corps au moyen d'un petit spectroscope clinique qui le décèle en faisant apparaître une bande noire entre le vert et le bleu. Les pigments biliaires se manifestent par une bande obscure beaucoup plus large qui masque presque complètement le bleu et le violet. Le serum ne renferme pas normalement une quantité d'urobiline suffisante pour être décelée, mais il suffit d'ajouter quelques gouttes de la solution iodo-iodurée pour produire l'urobiline aux dépens d'un de ses chromogènes et voir alors apparaître la bande caractéristique. Pour la recherche dans l'urine le procédé est le même, mais il est nécessaire de la filtrer et si elle est alcaline de l'acidifier. Dans les selles la présence de l'urobiline est constante et en grande quantité.

L'urobiline provient vraisemblablement de la matière colorante du sang. On admet généralement qu'elle dérive de la bilirubine et de la biliverdine par réduction se faisant dans l'intestin. Là, l'urobiline ainsi formée, serait résorbée, puis passerait ensuite dans le sang, où elle subirait une autre réduction avant d'être éliminée par l'urine sous forme de chromogène puisque normalement celle-ci n'en renferme pas. Mais puisque l'analyse a démontré à M. Hayem que la bile peut contenir de l'urobiline, il admet que l'urobiline, peut être produite par le foie, elle serait donc le pigment d'un foie torpide ou altéré. Quant à savoir si elle peut se former dans le sang par transformation de l'hémoglobine des globules détruits, M. Hayem ne peut encore se prononcer sur ce point.

Cliniquement l'*urobilinurie* est fréquente soit à l'état passager, intermittent ou constant. Très abondante, elle donne à l'urine l'aspect décrit depuis longtemps par Gubler sous le nom d'urine hémaphéique ; elle peut être associée de diverses manières dans le sérum et dans l'urine avec des pigments biliaires. Parmi les maladies aiguës, celles où l'on rencontre le plus souvent l'urobiline sont : la goutte aiguë, la pneumonie, la pleurésie, le rhumatisme, l'embarras gastrique, les angines graves etc. Dans la pneumonie elle peut même être accompagnée d'ictère. Parmi les maladies chroniques celles où on la rencontre presque constamment sont : les affections du cœur à la période d'asystolie, les intoxications et les maladies du foie et de l'encéphale, souvent aussi on la trouve dans la tuberculose et les affections chroniques du tube digestif. L'urobilinurie semble être lié à une altération soit passagère soit chronique de la cellule hépatique. La bile est alors décolorée et renferme une quantité notable d'urobiline. A elle seule, elle ne peut produire l'ictère, qui dans l'ictère dit hémaphéique de Gubler serait dû à d'autres matières colorantes existant dans l'urine en même temps que l'urobiline et provenant de modifications intraorganiques spéciales de la bilirubine et de la biliverdine. L. CAPITAN.

CONSEIL MUNICIPAL. — Dans sa séance du 30 juillet, le Conseil municipal de Paris a pris une délibération portant qu'*un dispensaire pour enfants malades* sera créé dans chaque arrondissement de Paris, suivant le modèle du dispensaire scolaire du 1er arrondissement.

Il a également adopté l'*extension du service des accouchements* et a pris à ce sujet la délibération suivante : A partir du 1er janvier prochain, toutes les sages-femmes offrant des garanties de capacité professionnelle et acceptant le prix de 15 fr. par accouchement accordé par l'Assistance publique, seront admises à donner leurs soins aux personnes indigentes ou nécessiteuses qui en feront la demande aux bureaux de bienfaisance.

REVUE D'HYGIÈNE

I. Manuel d'hygiène scolaire ; par le Dr DUBRISAY et YVON. — Paris, Asselin, 1887.

II. Manuel d'hygiène militaire, par le Dr VIRY. — Paris, Lecrosnier, 1886.

III. De l'influence de l'eau potable sur la santé publique ; par le Dr H. MICHEL. — Paris, Delahaye.

IV. L'enseignement actuel de l'hygiène dans les facultés de médecine en Europe ; par le Dr LŒWENTHAL. — Paris, Le Soudier, 1887.

I. Ce manuel s'adresse aux médecins inspecteurs des écoles et aux instituteurs, et contient un grand nombre de renseignements et de documents utiles. Dans une première partie, les auteurs ont exposé les principes d'hygiène générale relative à l'emplacement, à l'exposition et à l'orientation des bâtiments de l'école. Le chauffage, l'éclairage, le mobilier scolaire y sont soigneusement étudiés. La seconde partie comprend l'hygiène individuelle; la troisième partie est réservée à la prophylaxie des maladies contagieuses et des maladies scolaires. Un dernier chapitre est consacré aux premiers soins à donner en cas d'accidents et d'indispositions subites. L'hygiène générale des écoles (construction, chauffage, etc.) contient des notions de physique, de météorologie et de chimie : elle est plutôt du ressort des médecins. La lecture de la seconde partie (hygiène individuelle) sera très profitable aux instituteurs qui doivent veiller à ce que les élèves se présentent à l'école dans un état convenable de propreté : « La propreté est le seul luxe que les gens les plus pauvres puissent se donner ; et, au nom de l'intérêt général, on doit l'exiger de tous. »

II. L'auteur étudie les différentes parties de l'hygiène militaire et donne sur le recrutement, l'habitation, la nourriture et le vêtement du soldat, des renseignements précieux pour tous ceux qui ont mission de commander. Il est regrettable qu'une grande partie de l'hygiène militaire soit méconnue en pratique, et quand on lit le manuel de M. Viry, on voit combien toutes ces ordonnances hygiéniques sont loin d'être appliquées.

III. L'auteur étudie principalement l'action des eaux insalubres dans la production de la fièvre typhoïde à Chaumont qui, pendant un demi-siècle a été le foyer d'une épidémie permanente de fièvres typhoïdes.

IV. On trouvera dans cette brochure, la façon dont l'hygiène est enseignée dans les facultés de médecine en Europe. L'auteur désirerait qu'on divisât l'enseignement de l'hygiène en deux parties : l'une préparatoire, plutôt d'expérimentation, et l'autre d'application clinique, plutôt d'observation. La première de ces parties devrait déjà être préparée pendant les premières années des études médicales, en ce sens que les études et travaux pratiques en chimie, en physique, en pathologie générale et expérimentale, porteraient de préférence sur des sujets ayant rapport à l'hygiène. M.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1885-1886); par S. JACCOUD. — A. Delahaye et Lecrosnier, Paris 1887.

La publication d'un ouvrage du professeur Jaccoud est toujours un événement pour ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine, et le volume qui contient les leçons professées à la Pitié en 1885-1886 justifie pleinement les espérances qu'avaient fait naître l'enseignement de l'éloquent clinicien pendant ces deux dernières années.

Sans s'attarder à une opposition stérile et rétrograde, le Pr Jaccoud adopte franchement les doctrines nouvelles qui ont bouleversé l'ancienne médecine et prouve qu'il sait marcher à la tête du progrès scientifique dans cette voie tracée par des pionniers français. Aussi ne

laisse-t-il pas échapper une occasion d'étudier les questions relatives à la pathologie et à la pathogénie microbiennes. Pour mener à bien une telle entreprise, il n'a pas hésité à faire appel au dévouement de jeunes collaborateurs, entre autres à M. Netter, son chef de clinique, dont les patientes et savantes investigations ont permis à l'éminent professeur d'établir avec toute la rigueur désirable à notre époque un certain nombre de faits originaux d une importance considérable.

Cinq leçons sont d'abord consacrées à une affection qui a été traitée maintes fois avec une prédilection particulière par M. le Pr Jaccoud, nous voulons parler de l'endocardite infectieuse. La précision des recherches bactériologiques, l'examen approfondi des malades, la richesse des constatations microscopiques ont éclairci d'un jour nouveau certains points de pathogénie restés obscurs en dépit de nombreux travaux de date récente. Il ne nous est pas possible d'insister sur les modalités cliniques de l'endocardite infectieuse, sur certains points intéressants vivement mis en lumière par le Pr Jaccoud, grâce à sa grande lucidité d'exposition.

Profitant des enseignements qui résultaient de l'étude attentive de l'endocardite infectieuse, le clinicien de la Pitié a fait une incursion dans le domaine de la pathologie générale et nous a montré le moyen de guérison dans les maladies infectieuses.

L'organisme envahi par des microbes dits pathogènes peut tolérer sans inconvénient, pendant plus de deux mois, après le début des accidents aigus, l'invasion persistante de ces microbes, sans qu'il en résulte rien de fâcheux pour l'état général ; donc l'organisme possède « une capacité modificatrice » qui lui permet de réduire à l'inertie et à l'impuissance les bactéries pathogènes.

Le Pr Jaccoud, après avoir prouvé que l'endocardite infectieuse était une maladie à microbes et par microbes, avance que l'infection se fait suivant deux modes. D'après le premier mode, la pénétration des germes aurait lieu par un traumatisme (plaie tégumentaire ou utérine) ou par un foyer pathologique préalable (suppuration en un point quelconque, suppuration due à la scarlatine, à la blennorrhagie, etc.) : c'est l'infection extrinsèque. Suivant le deuxième mode, il n'y a pas d'envahissement microbien, mais il existe un affaiblissement de la résistance normale de l'organisme aux microbes que celui-ci porte en lui : c'est l'infection intrinsèque. Dans cette lutte perpétuelle pour l'existence, les éléments anatomiques, sous l'influence du surmenage ou de toute autre cause d'affaiblissement, périclitent en présence des microbes ennemis qui se multiplient et exercent leur action nocive sur un terrain devenu favorable. On explique ainsi certaines infections qui se développent sans traumatisme, sans foyer pathologique présentant, dans un organisme surmené, affaibli pour une cause quelconque. Mais ce deuxième mode d'infection — infection intrinsèque — ne peut se comprendre que par la pluralité des microbes pathogènes dans l'endocardite infectieuse. En effet, on y rencontre au moins deux espèces de micro-organismes :

a) Les microbes ovoïdes encapsulés identiques à ceux de la pneumonie. b Les arrondis, en série ou en chapelet, identiques à ceux de la suppuration. Cette constatation conduit le Pr Jaccoud à adopter une conclusion toute nouvelle, grosse d'importance au point de vue de la pathologie microbienne en général : à côté des microbes pathogènes spécifiques comme ceux de la tuberculose, de l'érysipèle) dont l'action nocive se traduit chez l'homme par des effets toujours les mêmes pour chacun d'eux, de sorte qu'à chacun de ces microbes correspond une maladie unique, il y a lieu d'admettre des microbes pathogènes indifférents (comme ceux de la suppuration) dont l'action nocive se traduit chez l'homme par des effets dissemblables, venant selon les prédispositions organiques, de sorte qu'à chacun de ces microbes correspondent plusieurs maladies distinctes.

Il nous faut signaler la leçon sur l'infection tuberculeuse consécutive à la pneumonie qui modifie le terrain et le prépare à l'évolution du bacile de Koch.

Deux observations, remarquables par leur précision et entourées d'un ensemble complet de démonstrations anatomiques, microscopiques et expérimentales servent de base à la démonstration d'un fait nouveau, il s'agit de l'infection purulente produite par une pneumonie aiguë non traumatique.

La 8e leçon a pour titre l'infection blennorrhagique. L'étude clinique des manifestations articulaires de la blennorrhagie est traitée de main de maître et l'auteur fait voir que la chaudepisse, affection locale, sous la dépendance du gonocoque, peut engendrer par résorption des produits uréthraux, une infection à distance que constituent les arthropathies, plus rarement l'endocardite légère ou infectieuse et plus exceptionnellement encore des accidents pyoémiques et la péritonite.

Si la nécessité s'imposait de traiter les questions relatives à la pathologie microbienne, il était aussi du devoir du professeur de clinique de faire une large part aux études purement cliniques que l'on tend peut-être trop à négliger de nos jours au grand détriment des malades et de la médecine.

L'auteur a consacré plusieurs pages excellentes à la scarlatine, à l'érysipèle, aux oreillons, à la dothiénentérie à rechutes multiples, aux fièvres typhoïdes intermittentes et en particulier l'intermittente à type inverse persistant.

La pathologie rénale s'est enrichie de plusieurs chapitres importants sur l'urémie, sur la tuberculose urinaire et sur la syphilis du rein.

A signaler la clinique sur la paralysie faciale, et les leçons qui ont trait à l'arthropathie tabétique, à la méningite tuberculeuse des adultes.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire donne lieu à des considérations pathogéniques d'un réel intérêt. Les leçons sur l'anévrysme de l'aorte et sur le diabète hydrurique sont aussi à mentionner. Enfin le Pr Jaccoud consacre deux remarquables leçons à développer les idées les plus saines sur le traitement des maladies du cœur. Il fait, entre temps, justice de certaines théories exclusives sur l'angine de poitrine et condamne la prétention de quelques théoriciens qui semblent baser la médication des affections cardiaques, non pas principalement sur l'état du myocarde, mais sur l'intégrité ou l'altération de telle ou telle valvule. Ce n'est pas sans satisfaction que nous avons trouvé dans ces leçons la confirmation des doctrines et de la pratique journalière de notre excellent maître et ami, M. Guyot, qui dernièrement avait été amené à redresser certaines affirmations devant ses collègues de la Société de médecine. Il était donc utile et opportun de poser à nouveau les véritables règles qui doivent guider le praticien dans la thérapeutique des maladies du cœur.

Le volume dont nous n'avons pu donner qu'une analyse bien imparfaite mérite d'être lu en entier. Du reste celui qui voudra en feuilleter quelques pages les lira toutes. de la première à la dernière, nous en sommes persuadé. On est à ce point captivé par ces clini-

ques qu'il n'est guère possible de discerner ce qui charme ainsi du commencement à la fin de ce livre. C'est qu'en effet la clarté d'exposition, le grand sens clinique qui se dégage de toutes ces leçons, l'ingéniosité des hypothèses, les merveilles de ce style jeune et original, se réunissent pour faire oublier et les difficutés incessantes du diagnostic au lit du malade et les objections qui se dressent parfois à l'esprit en lisant les brillantes et savantes leçons du Pr Jaccoud.

R. Pichevin.

Leçons sur les maladies du système nerveux ; par J.-M. Charcot. *Tome* III. Compte rendu du *British medical Journal* du 14 mai 1887.

Tandis que les deux premiers volumes des Leçons de Charcot traitent surtout des maladies organiques du système nerveux, le troisième, qui vient de paraître, est en grande partie consacré à l'étude exacte de la paralysie hystérique, spécialement chez l'homme. Une grande partie des leçons a paru dans le *Progrès médical*, ou d'autres journaux, ou bien la matière de ces leçons a été traitée et publiée sous forme de thèses par les élèves ou les aides de l'auteur. La publication de ces leçons, sous cette forme, sera bien reçue par tout le public qui prend un intérêt aux progrès de la pathologie nerveuse, et spécialement à la partie que Charcot a faite sienne. L'excellente introduction écrite lorsque le professeur Charcot prit le premier la chaire des maladies nerveuses, à la Faculté de Paris, est suivie de plusieurs leçons sur les pseudo-atrophies réflexes accompagnant les maladies articulaires ou l'arthrite rhumatismale. Quelques leçons sont consacrées à des considérations sur les formes graves de l'*aphasie*, et où sont exposés les cas types qui forment la base de la classification de Charcot. Celle-ci est aussi philosophique que claire et simple, et elle comprend toutes les formes diverses. Les leçons sur ce sujet rapportées dans le dernier volume, sont complétées par les thèses des Drs Bernard et Ballet, qui exposent clairement les idées du maître. Le reste de l'ouvrage, sauf une leçon sur l'*atrophie musculaire juvénile* et une autre sur les *mouvements choréiques* est tout entier occupé par une analyse des symptômes et du traitement de la *paralysie hystérique*.

Quand le professeur Charcot commença ses recherches sur l'hystérie chez la femme, il fut considéré par beaucoup de médecins comme traitant d'un sujet dangereux, et ses premières publications rencontrèrent nombre de critiques et de septiques. Malgré ces derniers, Charcot poursuivit avec soin et méthode l'etude des symptômes de l'hystérie et il obtint des résultats très importants.

Dans ces leçons, l'hystérie chez l'homme devint le sujet d'un examen incessant, et il y fut noté l'étroite ressemblance des symptômes survenant quelquefois après un traumatisme ou un choc, avec la paralysie hystérique chez la femme. Cette paralysie se manifeste avec ou sans contracture, accompagnée d'anesthésie avec des localisations particulières. Charcot décrivit la perte du sens musculaire, les affections des sens spéciaux et la diminution du champ visuel. Un examen approfondi de ces symptomes nous rend capables de distinguer d'un coté l'hystérie des affections organiques, et de l'autre la simulation. L'étude de la paralysie hystérique a conduit l'auteur à examiner la paralysie psychique et quelques-uns des phénomènes observés dans l'hypnotisme et le somnambulisme. Les observations de Charcot sur ce sujet forment un chapitre extrêmement intéressant. Elles montrent la relation intime entre la paralysie hystérique survenant après un choc ou un léger accident, et celle produite par une suggestion ou une idée, comme on le voit dans l'hypnotisme. Ici, comme dans tous ses ouvrages antérieurs, Charcot montre sa connaissance intime de la littérature étrangère sur le sujet qu'il traite.

Dans un appendice, l'auteur publie quelques cas récents d'hystérie chez l'homme, des observations sur le sens musculaire, en relation avec les mouvements volontaires, une atrophie chez une hystérique et un cas d'aphasie, ou mieux, de mutisme hystérique.

Ces leçons, de même que les précédentes, et comme tous les ouvrages de l'auteur, sont caractérisées par la clarté d'expression, par un style entraînant, combinés avec un raisonnement solide et philosophique.

Trad. A. Raoult.

Manuel de technique microscopique ; par le Dr Latteux. 3e édit. — Adrien Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1887.

M. Latteux vient de publier une nouvelle édition de son manuel de technique microscopique ; mais cette dernière est considérablement augmentée et peut lutter avantageusement avec les ouvrages qui ont dernièrement paru sur cette matière ; nous voulons parler des livres de Lee et Henneguy, de Francotte, etc. Beaucoup de chapitres ont été revus et modifiés, d'autres complétés. C'est ainsi que les nouveaux modèles de microscope ont donné lieu à des descriptions soignées ; il en est de même des microtomes qui aujourd'hui ont une importance capitale en histologie et surtout en embryologie. On trouvera en outre dans cet ouvrage, en dehors de quelques chapitres remaniés qui traitent du système nerveux et des organes des sens, un certain nombre de paragraphes ayant un notable intérêt : nous voulons parler surtout de ceux qui ont rapport à l'embryologie et à la bactériologie, quoiqu'ils soient bien courts. Nous devons en citer encore plusieurs autres qui, en raison de leur nouveauté et de leur introduction dans un livre de ce genre, doivent attirer l'attention du lecteur que l'étude des sciences biologiques n'effraie pas. Ce sont les chapitres qui se rapportent à la photo-micrographie, à la botanique histologique et à la pétrographie microscopique. Si ce qui concerne l'histologie végétale peut paraître assez peu nouveau aux médecins naturalistes, les pages où l'auteur donne un résumé de cette nouvelle science qu'on appelle la pétrographie microscopique ne peuvent manquer de réjouir ceux qui suivent avec un certain attrait le progrès dans le domaine scientifique, quelle que soit la branche où il se présente. Beaucoup, à l'heure qu'il est, ignorent encore cette application toute récente du microscope à l'analyse minéralogique, et nous devons savoir gré à M. Latteux de nous initier en quelques mots à la façon de faire ces recherches. Nous attirons aussi l'attention sur ce qui concerne la photo-micrographie ; elle peut être, on le comprend, d'un grand secours au point de vue scientifique et au point de vue de l'enseignement de l'histologie.

Note sur l'auscultation simultanée des cœurs des deux fœtus dans la grossesse gémellaire ; par le Dr A. Mayor. (Ext. de la *Revue médicale de la Suisse romande*. — 15 novembre 1886).

Dans cette courte notice, le Dr Mayor cherche à établir qu'on pourrait, à l'aide d'un stéthoscope perfectionné, faire le diagnostic de la grossesse gémellaire, les cœurs des deux fœtus n'ayant pas le même nombre de pulsations. Mais, jusqu'à présent, la palpation abdominale est un moyen de diagnostic plus certain.

VARIA

Technique dentaire. — De la calcification des dents chez l'homme.

Nous croyons ne pas être inutile au praticien, en lui donnant, à l'aide de planches, une idée générale des différentes périodes de calcification et de décalcification des dents temporaires ou caduques et de la calcification des dents permanentes.

Cette dernière calcification ne fait qu'augmenter avec l'age, mais c'est à l'intérieur de la dent et non à l'extérieur que ce phénomène se produit. Chez le vieillard, ce travail de production calcaire est tel, que la pulpe dentaire finit par s'atrophier et disparaître tout à fait, devant cet envahissement, qui rétrécit progressivement son habitat et lui obture tout à fait en dernier lieu.

Les dents, alors, comme les os, où les éléments minéraux dominent au détriment des substances organiques, deviennent fragiles et se brisent souvent sous le moindre effort.

Le tableau que nous présentons au lecteur est emprunté à un travail du docteur C.-N. Pierce (de Philadelphie), travail fort consciencieux, et du reste, le seul en ce genre qui soit complet.

Un médecin consulté pour les dents des enfants pourra, en se reportant à ce tableau, donner aux mères et pères de famille les conseils les plus efficaces sur le plus ou moins d'opportunité d'extraction à faire dans la bouche des jeunes sujets. Il ne sera point oiseux non plus qu'il leur rappelle que la molaire qui fait éruption entre cinq ans et demi et sept ans, n'est pas une dent caduque, mais bien une dent permanente. Il leur dira que cette dent n'est nullement remplacée par une nouvelle, et qu'il faut veiller à ne point la laisser carier. L'enfant qui a besoin de toutes ses dents pour s'entretenir et se développer, se nourrit fort mal, lorsque la mastication chez lui est tant soit peu défectueuse. Les molaires caduques doivent être aussi surveillées de près, car leur remplacement ne se fait que tard et ce sont elles qui contribuent à donner la plus grande somme de travail dans l'acte de la mastication. Bien que nous sortions un peu de notre sujet, nous croyons néanmoins bien faire en avertissant le praticien d'avoir à épargner le plus possible les dents des enfants. Il ne faut les extraire qu'à la dernière extrémité. Il faut engager les parents à examiner ou faire

examiner souvent la bouche de leurs fils. Lorsque le médecin aperçoit de la carie sur la face triturante des molaires, son soin doit être d'enlever la partie cariée avec une rugine, puis de badigeonner avec un tampon phéniqué, l'intérieur de la cavité, et obturer avec un fragment de gutta-percha. Si, au contraire, la carie se trouve située sur les faces contiguës, c'est-à-dire sur les faces des dents, qui se touchent, il ne faut pas hésiter à enlever tout ce qui est carié avec la lime, et faire entre les deux dents un large espace, afin que les débris alimentaires n'y soient point retenus. De cette manière, l'enfant ne se plaindra plus de la mastication, et la carie aura moins de chances pour continuer son œuvre de destruction.

Les dents temporaires n'ont pas une texture aussi compacte que les dents permanentes. La dentine est facilement atteinte par la carie, dès qu'un fragment d'émail a disparu. Elle se ramollit très vite, et comme la cavité centrale où est logée la pulpe occupe un large espace, il s'ensuit qu'une légère couche de dentine seulement protège cet organe éminemment vasculaire et nerveux. Aussi faut-il aller avec précaution avec la rugine, et se rappeler que la pulpe dentaire a, à quelque chose près, la même forme que la couronne de la dent. Elle possède des prolongements ou cornes, se dirigeant vers les tubercules, que l'outil tranchant doit savoir ménager. La pulpe morte chez la dent temporaire, par suite de manœuvres ou d'application intempestive de caustiques, tel que l'arsenic malheureusement employé, laisse celle-ci à l'état de corps étranger, qui est expulsé de l'économie avec la même marche et les mêmes complications qu'un séquestre ordinaire. Les racines de ces dents ne sont jamais non plus résorbées après la destruction normale ou chirurgicale de la pulpe.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1638. — 27 juin. — Il y avait depuis nombre d'années dans l'Hôtel-Dieu de Bourges deux religieuses envoyées jadis par les chapelains de l'Hôtel-Dieu de Paris. Au bout d'un certain temps ces religieuses étant devenues inutiles et causant une trop grande dépense à l'administration de l'Hôtel-Dieu de Bourges, les maitres et gouverneurs de cette dernière maison demandèrent à plusieurs reprises le retrait de ces religieuses et envoyèrent même à Paris un de leurs collègues chargé d'arranger l'affaire de vive voix. Les religieuses indignées adressèrent le 23 juillet 1638 aux administrateurs du temporel de l'Hôtel-Dieu de Paris la lettre suivante :

Messieurs :

Nous avons appris par celle qu'il a pleu à Monsieur Lavocat de nous escrire la part que vous prenez dans nos interests, nous vous supplions très-humblement de nous continuer ceste faveur et de vous joindre avec Messieurs de Nostre Dame pour nous protéger contre l'oppression et violance qui nous a esté faicte de la part de Messieurs les administrateurs de l'Hostel Dieu de ceste ville qui est venue jusque à tel point qu'il est quasy impossible de le croire si on ne le voyoit pas par escript ; nous vous supplions très-humblement de ne poinct adjouster foy à ce qu'il vous ont raporté de nous qui ne sont que calomnies inventez par ces messieurs pour nous mestre en mauvaise odeur à Paris comme ils ont desia faict icy, où il *parle de l'Hostel Dieu de Paris comme dun lieu le plus infâme de tous le monde* et de toutes nos sœurs comme des filles sans honneur et sans conscience, il ont entrepris de renvoyer nos sœurs à Paris par force et par violence, ce que nous ne pourront souffrir après le mauvais traitement quon nous a faict et après leur avoir osté l'honneur, de sorte que nous sommes contraintes de procéder pai voyes de justice et à vous envoyer à Paris pour cet effect tous les actes que nous avons reçu, Messieurs, pour guarantir de leur violance, nous vous supplions très-humblement de *nous maintenir par vostre auctorité* et nous assister de vostre faveur et crédict puis qu'en cette occasion il y va de l'honneur de la maison de l'Hostel Dieu de Paris et de la nostre, vous nous obligerés à demeurer.

Messieurs, vos très humble et affectionnée à vous servir en nostre seigneur, les religieuses de lostel Dieu de bourge. de Bourge ce 23 juillet 1638. (*Liasse* 875).

9 *aoust* 1638. — Nous n'avons malheureusement pas trouvé le dossier *violent* envoyé à l'Hotel-Dieu de Paris par les administrateurs de l'Hôtel-Dieu de Bourges, mais nous pouvons offrir aux lecteurs une lettre de ces derniers dont les réclamations paraissent bien naturelles et où nous ne voyons aucune de ces « *calomnies inventez pour mettre les religieuses en mauvaise odeur à Paris.* »

A Messieurs

Messieurs les Gouverneurs de l'Hostel Dieu de Paris
à Paris.

Messieurs,

Nous attendions tousiours que vous nous feriez la faveur d'un mot de responce à celle quil y a tantôt deux mois que nous vous escrivismes et que Monsieur de Champyraud, l'un de nous estant pour lhors à Paris vous auroit présenté de notre part, auquel vous auriez mesme donné audience en vostre Bureau au subject des deux religieuses de vostre Hostel Dieu que *nous avons ici depuis dix ans*, lesquelles nous vous avions supplié desia par deux fois de vouloir rappeller et retirer à vous à cause des grandes charges de plusieurs autres religieuses et quantité de pauvres que le peu de revenu de cet Hostel Dieu n'est capable de supporter. Mais nous voians inquiets de cette attente par le long temps qu'il s'est despuis escoullé, nous avons estimé vous debvoir encorres troubler par celle-cy qui vous sera présentée par le sieur Bourges, marchant, et lun des capitaines de cette ville, la continuation de nostre prière, à mesme fin et pour lui causer de nos lettres precedentes, et qui vous ont encorres esté particulièrement représentées de vive voix par ledict sieur de Champyraud, auxquelles comme justice et équitable vous avez esgard s'il vous plaist en nous deschargeant de toutes religieuses puisquelles sont de lHostel Dieu de Paris et non de celuy de lHostel Dieu de Bourges auquel elles n'ont pas esté envoyées pour y faire leur demeure perpétuelle, ains seulement pour un certain temps à l'establissement et instruction d'aultres filles relligieuses et jusqu'à ce qu'il y eust nombre suffisant *et de la qualité et capacité requise pour le service des pauvres, à l'exemple de celles de lHostel Dieu de Paris* (1), ainsy que porte leur obédience et mesme quelles pourroient estre retirées de cet Hostel Dieu touttefois et quantes. Nous avions desia faict semblables prières auparavant la mort de deffunt Monseigneur nostre archevesque, à Messieurs les Doyen, chanoines et Chapitre de Nostre Dame de Paris et à vous. Et nous aiant esté mandé que nous debvions pourvoir par devant luy comme supérieur spirituel desdites religieuses, a ensuite icelluy supplié d'accorder nostre requeste. Il nous avoit promis après le temps de la charge de la supérieure escheu qui estoit l'une des religieuses de Paris de nous donner contentement et se faict qu'une des nouvelles religieuses ayant esté esleue suppérieure à la penthecoste dernière, il estoit sur le poinct lorsque la mort l'a surprise de vous renvoyer lesdites deux religieuses de vostre Hostel Dieu. C'est pourquoy nous vous supplions de rechef instamment de vouloir par leur rappel de nous descharger de leurs personnes et d'aggréer que nous les facions mener et *conduire par la voye de nos coches avec l'honnestetè et décence deue à leur condition* et nous obligerez infiniment, désireux de vous rendre aux occasions de toutes sortes de debvoirs et services comme estans ; Messieurs, vos très-humbles et très-obéissans serviteurs.

Les maistres et administrateurs de lHostel Dieu de Bourges.
Semèze. Genvrat (?)
Labbé.

à Bourges le neuviesme
aoust gbj[c] xxxbiij. (*Liasse* 875).

1639. 25 janvier. — *Plaintes faites à MM. du Bureau contre les Religieuses.* — Les principaulx poinctz dont le Burreau de l'hostel Dieu a subjet de faire plainte a messieurs du chappitre de l'Eglise de Paris, sont : Du grand désordre qui est dans ledict Hostel Dieu depuis quelques années par le nouvel establissement de communauté, noviciat et trop fréquentes méditations des religieuses, exortations et conferences en cercle ou autrement en général et en particulier, a quoy elles s'occupent la plus part du temps, et à cette occasion habandonnent les salles negligent le service des pauvres malades quy meurent a tous moments comme des bestes sans aucune assistance ny consolation ce quy ne se peut nyer, puisque la preuve en est toutte recente par la plaincte des dames de qualité quy journellement et charitablement frequentent ledict Hospital et voyent sy souvent le mort saisir le vif que cela leur faict pityé et orreur tout ensemble et ceux et celles qui ont le pouvoir d'y remédier et ne le font pas en respondront devant Dieu.

Et pour plus facilement réformer les bonnes anciennes coutumes et maximes dudict hospital et plus fortement establir leurs nouveautez, l'on a envoyé des Religieuses dans des Couvents des fauxbourgs de Paris, deux autres trois moys entiers à Meaulx à Sainte-Marie pour aprendre a estre bonne meres des novices et *faineantes* pendant lequel temps les pauvres malades ont d'autant paty.

L'orgueil et l'audace a tellement preoccupé l'esprit des supérieures qu'elles ont *envenimé la plus part des autres nouvelles* qu'elles ont *par leur* mauvais exemple attiré à leur caballe et faict dyvorce avec les anciennes quy n'ont voulu ni peu s'asubjettir à leurs nouveautez, et a cette occasion l'on les a expolyées des offices (ou elles faisoient bien leur debvoir) pour en favoriser *celles quy ne sont plus Religieuses que dhabit, de nom et de mine et non d'action, et ce pendant les pauvres endurent patissent et ne sont assistez.* Mais l'on dira quy reste donc quy faict tout ce qu'il convient faire dans l'Hostel Dieu.

(1) Ou est la calomnie ?

L'on respondra qu'antérieurement il n'y avait que 40, 45 ou 50 religieuses au plus, *mais courageuses, qui faisaient plus que les six vingtz d'à présent.* Excepté les pauvres filles que l'on congedye trop legerement par animosité pour n'estre complaisantes d'aucunes et soubz pretexte de n'avoir pas l'esprit de religion sans en communiquer au Burreau qui debvroit avoir quelque cognoissance aussy bien de la sortye que de l'entrée puisqu'elles y sont receues et immatriculées, desquelles l'on exige des sommes extraordinaires et beaucoup plus qu'il ne faut pour les nécessitez de leurs vêtements.

Il a couru un bruict par la ville que pour avoir mal traitté une fille blanche. Elle est morte de mort violente depuis quelque moys, **au scandale de la maison.**

Touttes les personnes d honneur et de qualité quy font du bien à lhostel Dieu, qui y ont este plus souvent qu'ilz ne font a present par considération s'estonnent du mespris que les Religieuses font du Burreau et de ceux qui le compose, elles scavent qu'il tient deux fois la sepmaine ou de tout temps les necessitez ordinaires estoient rapportées par les mères Prieures ou soubz prieures et souvent touttes deux ensemble auxquelles jamais les choses nécessaires et raisonnables ne leur ont esté refusées quand le bureau l'a peu faire ; ou aussy tout ce quy estoit envoyé audict Hostel Dieu par les Charitez de plusieurs estoit porté, comme linge, argent, lictz et autres choses. Mais maintenant l'on retient tout sans compte, ordre ny mesure, ce qui empesche ledict Burreau de faire veoir nettement au Roy et au public l'estat encommenté et les necessitez de la maison. Mais pour tesmoigner davantage leur mespris, l'orgueil et leur audace insuportable, Elles envoyent un valet avec des mémoires pour avoir des ordonnances, ce qu'elles debvroient faire elles-mesmes et celle qui a eu la charge de St Marcel pour rendre raison de son administration et beaucoup d'autres.

Touttes ces choses ne se peuvent tolérer, non plus que d'avoir d'authorité privée ozé retenir et retirer dans la maison telles filles que l'on a voulu choisir pour Religieuses après les avoir proposées une seule fois au Bureau sans avoir attendu la Responce et résolution de la Compagnye, et *refusé sans raison et par obstination telles qui assisteroient mieux les pauvres malades* que la plus grand part des *fainéantes* qui y sont *qui font trop les dames, et s'en font accroire* soubz umbre de leurs charges que d'autres feroient aussy bien qu'Elles du moings si Elles y estoient employées.

Mais un des grands subjets de plaincte qui est afaire, c'est que plusieurs personnes audict Hostel Dieu *donnent à de leurs parents et amys à la ville leur nourriture et autres choses,* soit que *l'on tire telles choses de la portion des malades ou de l'ordinaire de ceux* ou celles qui font telz presents qui en ou trop ou autrement. Mais cela va a tel excedz avec la furieuse despense de plus de trente valetz que servantes qui sont tant à la communauté, prieuré, chambre aux draps qu'à tous les offices sans exception, où il n'y en a jamais eu, que si l'on ne retranche ce désordre et que l'on n'y remedye, l'Hostel Dieu ne peut subsister, et faut prendre une résolution de chasser tous lesdictz valets et serventes à la reserve de ceux et celles ordinaires qui y doibvent estre, *ou réduire lesdictes religieuses au nombre de* 80 *ou* 100 *tout au plus,* **qui est trop s'y elles avoient du courage,** ou que l'on ne les emploiast qu'au service des pauvres malades. Et aux offices, à quoy elles ont esté destinées comme par le passé, avant touttes ces nouveautéz qui ont commencé et qui aschevera de ruyner cette maison, sy Dieu ne la conserve comme sienne.

Il y a beaucoup d'autres choses à dire que l'on veut taire par raison et considération quant à présent. Mais il sera remarqué que M. Guy, religieux, lorsqu'il exerçoit sa charge de maistre audict Hostel Dieu, il faisoit tous les jours trois et quatre visites generalles par touttes les salles, à pas comptez, c'est a dire en considérant les nécessitez des malades tant au spirituel qu'au temporel, y faisant satisfaire à l'instant avec grand soin, tant par les Relligieuses qu'officiers *qui n'avoient autre exercice que le service, assistance et soulagement des pauvres malades,* et se sauvaient tous par leurs bonnes maximes. Mais maintenant que l'on ne s'amuse plus qu'à *bigotter* (1), et que cependant les pauvres *meurent sans assistance,* sy Dieu ne faict misericorde, considérons ce que nous deviendrons, sy chacun ny apporte les remèdes, le pouvant faire facilement. Il convient faire choix d'une religieuse pour la porte, laquelle mange quantité de deniers comme les devancières. Cette action n'est point spirituelle, mais de conséquence, attendu le passé. Et partant c'est afaire au Bureau a y pourvoir de la qualité requise. (*Liasse* 875.)

Le 15 juillet 1639 une nouvelle délibération du Bureau de l'Hôtel-Dieu prouve que le vieil hôpital est encore loin d'avoir recouvré la paix et la tranquillité :

Sur les plainctes faites au Bureau par plusieurs personnes, des excessives dépenses qui s'y font en plusieurs endroictz et officices, sans ordre, compte, ny mesure, a esté ordonné que vous en avant le sieur de Bourges, espicier, ny aultres qui fournissent la maison de l'Hostel Dieu, Sainct Louis et Sainct Marcel, ne délivreront aulcunes choses de leurs marchandises, quelles quelles soient, sans mandement et ordonnance du Bureau, signez d'un ou de deux de messieurs, et à qui que ce soit à peine d'estre rayées de leurs partyes, et de n'en rien payer. Et en continuant par la Compagnie de traicter des affaires ordinaires du Bureau, monsieur Ladvocat a demandé à entrer, ou ayant pris place à l'ordinaire, monseigneur le Premier Président le Bailleul luy a dict que la Compagnye sestonnoit fort qu'au préjudice des conditions dont luy et messieurs les doyen et pénitencier, assemblez au Bureau la dernière fois, estoient convenuz et demeurez d'accord, l'on a innové de leur part en l'Hostel Dieu, *par le refus faict par une relligieuse au sieur Cappon, médecin, d'un corps mort qu'il avait traicté d'une maladie violente, dont il voulait faire ouverture du mal extraordinaire, en présence de deux ou trois médecins de la Faculté,* qu'il fit venir exprès, pour considérer ce mal et remédier à pareil, lors que le public en seroit incommodé (1) ; de plus que les mallades, qui estoient en petit nombre à présent, estoient abandonnez et délaissez des relligieuses, qui sont en trop grand nombre, pour le peu de mallades et qu'elles ne s'occupoient qu'à leurs méditations, au lieu de faire leur debvoir et s'absubjectir auprès des pauvres languissants, et de plus que l'on a déposséde l'antienne mère Prieure, esleu une aultre en sa place, et changé aux offices dépendants du Bureau les religieuses qui ont le bien des pauvres en maniement et le tout sans en conférer au Bureau, qui y a ung notable intérest, attendu que l'antienne mère Prieure avoit en sa charge, et est responsable au Bureau de tout le bien des pauvres contenu en l'inventaire faict après le décedz de feuë sieur Magdeleine Lozier, dernière prieure; que les offices de l'appothicquairerie, la pouillerie, la portière dame des accouchées, Sainct Louis et Sainct Marcel, sont changez, ou la plus grande part, *lesquelles ont tout le maniement des* deniers du Bureau, sans en avoir conféré à la Compagnye, ce qui tourne au grand mespris du Bureau, estant le tout fait par entreprise, contre l'ordre et les choses accordées avec ces messieurs en la dernière assemblée, à quoy monsieur Ladvocat a respondu et dict qu'à l'égard du refus du corps mort, qu'il ne scayt ce que c'est, que l'on luy nomme la religieuse, qu'il luy *fera demander pardon au Bureau,* que leur intention est que ce qui est convenu ensemble à la dernière assemblée, soit exécusté, que le chapitre ne prétend rien à cela, et pourveu que les ouvertures se fassent en présence des médecins, cela ne faisoit nulle difficulté, et pour preuve, qu'il avoit appris qu'un compagnon chirurgien s'estoit depuis peu ingéré et présenté, pour faire l'ouverture d'un corps, que les religieuses l'avoient reffusé, à cause que les médecins n'y estoient pas, et que dors en avant il n'y auroit plus de subject de plaintes ce que la Compagnie a pris pour excuse et satisfaction ; que pour la négligence des religieuses au service des mallades, *que ce n'estoit leur invention,* estant la chose qu'il leur recommandait le plus, *mais que de telles filles ont des espritz estranges et difficiles à gouverner* et qu'il y donneroit ordre, et à l'égard du changement des Prieure et soubz prieure, qu'ils avoient un statut qui les permettroit de les faire triennales, que la bonne mère Prieure avoit faict ses trois ans, qu'elle estoit fort vieille et caducque, et qu'ils avoient jugé à propos de la soulager, qu'elle et la soubz Prieure avoient esté depossédées quinze jours durant, pendant lequel ledict Bureau n'avoit dict mot, et qu'après ce temps là, ils avoient procédé à l'élection de la soubz prieure pour prieure et de sœur Marie Gouyon pour soubz prieure, lesquelles estoient venu se présenter au Bureau en ceste qualité, où elles n'avoient pas esté receues, jusques à ce que l'on eust conféré avec luy, quil estoit de retour de la campagne, et qu'il prioit la Compagnie trouver bon cette élection qui ne se fera plus sans en conférer au Bureau et de permettre que ladicte nouvelle mère prieure et soubz-prieure, fussent mandées pour venir rendre les debvoirs au Bureau, ce qui lui a esté octroyé, et en actendant a dict que le changement des offices ne s'est faict que par grande considération, ayant faict election de celles qu'ils ont jugé les plus fidelles pour le bien du Bureau, après en avoir conféré avec monsieur Depoix, par rencontre dans l'Hostel Dieu, scavoir est que l'on a résolu de

(1) On voit que la bigoterie était déjà depuis longtemps de mode; et lorsque quelques années plus tard, Molière fit jouer son inimitable *Tartuffe*, on comprend la haine et les cabales qui furent dirigées contre lui. Et dire que rien n'a changé jusqu'ici !

(1) Non contentes de faire leur service d'une façon pitoyable, les religieuses ignorantes de l'Hôtel-Dieu, dont la plupart ne savaient ni lire ni écrire, s'opposent encore à l'avancement de la médecine : Elles empêchent un chef de service, M. Cappon de faire des autopsies sur les cadavres de ses malades !... Il est impossible d'être plus tristement grotesque !

faire venir sœur Marguerite Colin, de Saint Louis, pour la mettre à l'apothiquairerie, d'envoyer en sa place sœur Genetiefve Bouquet, pour la mère de la porte, sœur Marguerite Doulat, pour la couche, sœur Desnoyers, et pour la pouillerie, ilz y laissent l'antienne et ordinaire, que sy la Compagnie juge qu'il y en ayt d'aultres plus propres pour ces offices, que l'on les nomme, et quelles y seront admises, *mais qu'en leurs ames ilz ont faict ce choix pour penser donner plus satisfaction au Bureau* (1). La chose estant faicte, le Bureau l'a *comme agréé, à condition que cela ne s'observera plus sans conférence*, ce dont il est demeuré d'accord. Cela dict et faict, sœur Claude Lallement, à présent nouvelle Prieure, et sœur Marie Guyon soubz prieure sont entrées au Bureau, ont salué la compagnye en cette qualité, ausquelles a esté dict par mondict seigneur le Président le Bailleul, que monsieur Ladvocat ayant satisfaict le Bureau des difficultez qui s'estoient rencontrées dans leur procédé, *sur les plainctes faictes du peu de soing des religieuses envers les mallades, du mespris qu'elles faisoient du Bureau, des difficultés pour l'ouverture des corps morts*, et du grand changement faict des charges qu'elles possédoient, et aux offices, qu'ayant promis contentement et satisfaction au Bureau, que l'on leur recommandoit le soing des malades, de faire leur debvoir, d'avoir soing du bien des pauvres, qu'il y avoit un inventaire ès mains d'un de messieurs des biens meubles de la maison, laissez à l'antienne Prieure, par la mort de sa devantière, qu'il falloit en rendre compte, et qu'elle s'en chargeast, ce qu'elles ont promis faire, et certiffiées par mondict sieur Ladvocat et sur ce, elles ont dict avoir besoing d'argent pour leurs vestements et linges nécessaires, pour les religieuses, sur quoy leur a esté dict qu'il y en avoit dans ung coffre fort, qui estoit inutil, qu'il le falloit prendre, sur quoy monsieur Ladvocat a dit que la compagnie, s'entend le chappitre, n'avoit point d'esgard à cela, qu'ils ne se mesloient poinct d'argent, qu'ils donnoient les mains, et en laisseroient tousiours l'entière disposition du Bureau, comme n'estant point de leur faict, combien que Monseigneur le Premier Président eust dict qu'il en avoit une clef, qu'ilz n'en ont jamais eu ny espéré, n'estant poinct de leur faict, surquoy la Prieure a *supplié la Compagnie de trouver bon que l'on ne touchast poinct à cet argent à présent*, que l'on leur avoit faict espérer *que ce seroit pour faire rebastir leur dortoir, qui est en ruine*, néant-moings qu'elle s'en rapportoit au Bureau qui a résolu de le prendre, à cause que les espèces vallent beaucoup plus que par le passé et qu'il y a de la vaisselle d'argent inutile qu'il fault vendre, que pour de l'argent pour leurs necessitez l'on ne leur en a jamais reffusé, mais que l'on entendoit qu'elles rendissent compte de temps en temps à quelqu'un de messieurs, à l'ordinaire, de leur maniement des deniers provenans des gardes des mallades à la ville, et aultres présens qui passent par leurs mains, affin que le Bureau en feist des remerciements aux bienfaiteurs et aussy que la Compagnie entendoit que tout ce qui leur seroit nécessaire pour leur particulier. Et mesme pour les necessitez des pauvres et de la maison, se demanderoit au Bureau, qui en fourniroit ordonnance, pour éviter aux desordres et confusion, et à cette fin que le recepveur général puisse dresser et mettre tout en ses comptes, ce qu'ils ont promis faire doresnavant, et de mieux faire qu'il leur sera possible. (*Rég. 17 des délibérations, et Doc*ts, *p. 79, tom. I*).

Bureaux de Bienfaisance. — Réinstitution des médecins.

Par arrêté ministériel, en date du 1er juillet, sont réinstitués dans leurs fonctions de médecins des bureaux de bienfaisance, pour une période de quatre années, à partir de l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les docteurs en médecine actuellement en exercice, dont les noms suivent :

Ier arrondissement : MM. Boissier, Charpentier, Colson, Regnault, Richard (Ernest) et Richard (Paul); — IIe arrondissement ; MM. Legué, Lobligeois, Martellière, Pascalis et Radou ; — IIIe arrondissement : MM. Boyer, Regeard et Rueff ; — IVe arrondissement : MM. Avezou, Commenge, Déel, Dezarnaulds, Garnier, Guyard, Henszel, Mérijot, Soudée, Vigouroux et Resch ; — Ve arrondissement : MM. Brochin, Roussy Gervais, Deffaux, Delisle, Lecoconnier, Laugier et Barrault ; — VIe arrondissement : MM. Lecoin, Venet, Tranchant, Vinache, Reuss, Foucart et Guillier ; — VIIe arrondissement : MM. Bader, Tisné, Blet, Audigé, Loiseau-Rouen, Meige et Toledano : — VIIIe arrondissement : MM. Pierreson, Siry, Diday, Boncour et Billon; — IXe arrondissement : MM. Piberet, Blondet, Besnier, Fédérowicz, Genestc et Moulard ; — Xe arrondissement : MM. Boivin, Hemey, Chabert, Rœser, Gérard, Fissiaux, Piérin, Rotillon, Tripet, Bonnot et Picard , — XIe arrondissement : MM. Rogron, Pasteau, Humbert, Malterre, Trapenard, Miquel, Landois, Montignac, Boussi, Cornilleau, Tourangin, Calmeau et Naudet; — XIIe arrondissement : MM. Gibert, Mallet, Bloch, Morisson, Dombax et Jourjon ; — XIIIe arrondissement : MM. Bureaux, Franco, Paulier, Boulland, Lafont, du Perrier et Chatelain ; — XIVe arrondissement : MM. Bonne, Coumëtou, Fèvre, Lacaille, Lartigues, Macqret et Piérin ; — XVe arrondissement : MM. Tapie, Simon, Queyssac. Marieur. Legrand Lagelouze, Doury, Destrem et Ancelin ; — XVIe arrondissement : MM. Saint-Martin, Raoult et Sée ; — XVIIe arrondissement : MM. Masson, Demay. Séailles, Lebeau, Fabre et Mugnier ; — XVIIIe arrondissement : MM. Franckel, Perrochon, Mook, Boh, Fabre et Gaspais ; — XIXe arrondissement : MM. Gérard, Gillet, Jounia, Forestier, Baucher, Ruelle. Texier et Tarius; — XXe arrondissement : MM. Perrin, Brochon, Chenet, Sénac, Dupré, Arduin, Pilon, Delaruc, Braunberger, Kinzelbach et Outin.

(1) Impossible de mentir plus effrontément.

Congrès international de médecine.

A l'occasion du prochain Congrès qui doit avoir lieu à Washington au mois de septembre prochain, lisons-nous dans *The Journal of the American med. Associat.* du 15 juillet, les tarifs des chemins de fer ont été réduits à un tiers, sur tout leur parcours. La compagnie du Baltimore R. R. donne des billets d'aller et retour de Chicago à Washington au prix de : 23,35 dollars.

Des réductions sur les tarifs des chemins de fer et des lignes de paquebots transatlantiques sont annoncées depuis quelque temps, pour faciliter les voyages des membres du Congrès international de médecine. Il en est de même des prix des hôtels de Washington qui offrent des chambres confortables aux membres du Congrès. A la dernière réunion du comité exécutif on a elaboré un programme d'excursion de Washington au Mont-Vernon ; on a établi les conditions d'un grand banquet, ainsi que celles d'une excursion plus importante pour les membres etrangers; de Washington aux chutes du Niagara, avec retour au bord de la mer.

Certaines sociétés médicales riches, telles que celles de l'Ohio, d'Indiana et de Michigan, envoient des sommes importantes de 500 à 2000 dollars, ou de 200 à 250 comme celles de St-Louis d'Alleghany. Il est désirable que les Sociétés médicales versent aussi des subsides afin d'aider à la bonne installation du Congrès. Tous les fonds doivent être adressés au Trésorier, le Dr E. S. F. Arnold, Newport, Rhode Island. *The Journal of the American Association*, 15 juillet 1887. — Ces renseignements, joints à ceux que nous avons déjà publiés, montrent combien les médecins américains mettent d'empressement à prendre les mesures nécessaires pour rendre agréable et facile le séjour aux Etats-Unis des médecins étrangers. Ceci doit grandement encourager nos compatriotes à se rendre au Congrès. A. R.

La statue de Broca.

« La statue élevée par souscription à l'eminent anthropologiste et professeur Broca (sénateur par-dessus le marché), a été inaugurée samedi au square de l'École de Médecine. La femme, la fille et l'un des fils du celebre savant assistaient à la cérémonie, qui a eu un caractère assez intime : la famille (qui appartient à la religion protestante) avait demandé qu'il *ne fut rien dit au public des opinions philosophiques et religieuses de Broca*. On avait annoncé une manifestation de la jeunesse des écoles contre cette prohibition ; mais il n'y a rien eu de pareil et tout s'est passé dans l'ordre le plus parfait ».

C'est ainsi que le *Journal de Genève*, organe du protestantisme orthodoxe, annonce l'inauguration de la statue de Broca (1). Le *Figaro*, le *Petit Journal*, et à leur suite différents autres organes de la presse ont également attribué à la volonté expresse de la famille la façon presque clandestine de cette inauguration. Déjà du reste, lors de la mort de Broca, ses amis ont été étonnés de la présence d'un pasteur protestant à l'enterrement d'un libre penseur, dont toute la vie avait été une protestation contre les idées religieuses et spiritualistes.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Liste des thèses de Doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1886-1887.

MM. Lassalatie : De quelques manifestations morbides non vénériennes observées sur les organes génitaux dans les pays

(1) Dans son numéro du 3 août, le même journal trouve qu'on élève trop de statues en France. Trois dans une même semaine ! Carnot..., Henri Martin .. et P. Broca « professeur qui n'a fait aucune découverte scientifique remarquable. » C'est là une appréciation injuste. On a vu plus haut que le même journal qualifie Broca d' « eminent anthropologiste. » C'est au moins cela ; mais il y avait plus.

chauds (*étiologie-pathogénie*). — Rivière : De l'anesthésie et de l'atrophie testiculaires dans l'ataxie locomotrice progressive. — Offret : Etude sur la nature et le traitement de la pneumonie lobaire aiguë. — Leroy : Aperçu historique et clinique sur l'origine et certaines complications du paludisme à la Réunion. — Sudre : Contribution à l'étude des conditions dans lesquelles se produisent la commotion et la contusion cérébales. — Séguy : Recherches sur les syphilides papulo-squameuses, simulant le psoriasis vulgaire. — Chabaud : Contribution à l'étude de la pathogénie des tumeurs des cicatrices osseuses. — Tronchet : Du traitement chirurgical de l'anthrax chez les diabétiques. — Baillé : Contribution à l'étude des varices du membre inférieur chez la femme enceinte. — Salaun : Contribution à l'étude des fièvres typho-malariennes au Gabon (*fièvres rémittentes typhoïdes*).

MM. Dichas : Etude de la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique (*spontané ou provoqué*). — Manon : Des varices de la langue. — Depied : Etude de séméiologie des symptomes réflexes dans les maladies. — Rançon : De la dysenterie endémique dans les pays chauds notamment au Sénégal (*étude clinique et de topographie médicale*). — Rolland : Quelques considérations sur les lésions traumatiques du crâne. — Couperic : Des complications splanchniques qui peuvent survenir à la suite de l'ovariotomie et de leurs traitements. — Huas : Considérations sur l'hygiène des troupes en campagne dans les pays intertropicaux. — Peyret : L'extirpation de la glande lacrymale et ses indications. — Bodeau : Des fractures de la rotule. — Labouroux : Contribution à l'étude de la maladie dite pied de Madura considéré comme une trophonévrose.

MM. Florand : Quelques essais sur l'atténuation et la destruction de la virulence tuberculeuse. — Batut : Etude sur l'hygroma de la bourse thyro-hyoïdienne et son traitement. — Merveilleux : Des limites à assigner au rôle de l'eau dans la propagation du choléra. — Piton : Aperçu sur la médecine en extrême Orient (*Chine et Japon*). — Guichard : Contribution à l'étude de la trépanations des os longs. — Morin : Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques consécutives et des paralysies d'origine saturnine. — Lafforgue : Contribution à l'étude médico-légale de l'hypnotisme — Puybaret. Contribution à l'étude des paralysies dans la fièvre typhoïde. — Tissié : Les aliénés voyageurs, essai médico-psychologique. — Bourdon : De la pleurésie infectieuse.

MM. Durand : Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme sur la marche des cardiopathies. — Retière : Influence de la névrose hystériforme sur les fonctions de la secrétion rénale. — Laville : Contribution à l'étude du traitement de la rétension des règles par atrésie des voies génitales. — André dit Duvignaud : Contribution à l'étude des variations du chlorure de sodium dans quelques cas. — Mouclier : Essai sur l'histoire chronologique de la médecine grecque depuis les temps les plus reculés jusqu'à Hippocrate. — Puech : Etude sur la pathogénie du décollement de la rétine et son traitement par l'iridectomie. — Suard : Contribution à l'étude de la myosite aiguë suppurée. — Lainé : De la congestion pulmonaire urémique. — Daubin : Des cysticerques du corps vitré et du fond de l'œil. — Lichtwitz : Recherches cliniques sur les anesthésies hystériques des muqueuses et de quelques organes des sens (*goût, odorat, ouïe*) et sur les zones hystérogènes des muqueuses.

MM. Fossard : Traitement des kystes hydatiques du foie. — Salaun (François) : Quelques cas de syphilide observés à l'hôpital maritime de Brest. — Duville : Contributions à la géographie médicale (*Madagascar et Diégo-Juarez*). — Pindray. La fièvre typhoïde au quartier d'artillerie de marine à Nouméa (*étiologie, prophylaxie*). — Heuzé : Contribution à l'étude des troubles intellectuels pendant la fièvre typhoïde et de la folie consécutive. — Metge : Pathogénie et traitement des atrophies musculaires consécutives aux fractures. — Renaud : Contre-indications de la chirurgie conservatrice. — Meyrignac : De l'épistaxis considérée comme hémorrhagie sénile. — Dumas : Notes sur deux epidémies de choléra (1884 et 1885) observées à Toulon dans les hôpitaux de la marine. — Laffont : Contribution à l'étude du typhus abdominal à la Guadeloupe. — Piot : De la méthode de la conservation appliquée au traitement des plaies de l'épaule par armes à feu.

Enseignement médical libre.

pléant M. le professeur Peter, à l'*Hôpital Necker*, à partir du 9 août, les mardi et vendredi, à 9 heures, visite dans les salles et *démonstration clinique* au lit des malades.

Clinique chirurgicale. — M. Kirmisson, agrégé, suppléant M. Le Fort, commencera mardi prochain, 9 août, à neuf heures du matin, à l'hopital Necker, son cours de clinique chirurgicale et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

Cours de bactériologie. — Pendant le mois d'août un *cours pratique de bactériologie* aura lieu au laboratoire de M. le professeur Cornil (s'inscrire d'avance).

Policlinique. — M. Gilbert Ballet, agrégé de la Faculté, sup-

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 24 juillet 1887 au samedi 30 juillet 1887, les naissances ont été au nombre de 1130, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 449 ; illégitimes, 157. Total, 606. — *Sexe féminin* : légitimes, 390 ; illégitimes, 134. Total, 524

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 juillet 1887 au samedi 30 juillet 1887, les décès ont été au nombre de 866, savoir : 474 hommes et 392 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 8. T. 22. — Variole : M. 7, F. 6, T. 13. — Rougeole : M. 7, F. 11. T. 18. — Scarlatine : M. 4, F. 0, T. 4. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 8 F. 12, T. 20. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 60. T. 164. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 7. T. 15. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2. T. 2. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 23. T. 41. — Méningite simple : M. 18, F. 18. T. 36. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 14. T. 34. — Paralysie : M. 4, F. 2. T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 1. T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 15, F. 25. T. 40. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 7 T. 16. — Bronchite chronique : M. 11, F. 10. T. 21. — Broncho-Pneumonie : M. 4, F. 8. T. 12. — Pneumonie M. 13, F. 22. T. 35. — Gastro-entérite, biberon : M. 44, F. 41. T. 85. — Gastro-entérite, sein : M. 29, F. 14. T. 43. — Autres gastro-entérite : M. 4, F. 3. T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 7, F. 7, T. 14. — Sénilité : M. 10, F. 14. T. 24. — Suicide : M. 16, F. 4. T. 20. — Autres morts violentes : M. 15, F. 1. T. 16. — Autres causes de mort : M. 79. F. 66. T. 145. — Causes restées inconnues : M. 2. F. 2. T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 89, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40, illégitimes, 14. Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 10. Total : 35.

Agrégation des Facultés de médecine. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 30 juillet, le titre III du statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des Facultés est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes : *Dispositions spéciales à l'agrégation des Facultés de médecine.* — Art 37. — Dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les agrégés demeurent en exercice pendant une période de neuf années ; ils sont renouvelés par tiers tous les trois ans. Art. 38. — Il y a quatre sections d'agrégés : La première, pour les sciences anatomiques et physiologiques, comprend l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle ; La deuxième, pour les sciences physiques, comprend la physique, la chimie, la pharmacie et la toxicologie ; La troisième, pour la médecine proprement dite et la médecine légale ; La quatrième, pour la chirurgie et les accouchements. Art. 39. — Les épreuves préparatoires consistent : 1° Dans une leçon orale de trois quarts d'heure faite, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. La surveillance sera organisée par le jury. Le candidat pourra s'aider des ouvrages désignés par le jury ; 2° Dans un exposé public fait par le candidat lui-même de ses travaux personnels. Une demi-heure est accordée pour cette épreuve ; 3° Les candidats à l'agrégation de physique, de chimie et d'histoire naturelle font, en outre, une composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

Art. 40. — Les épreuves définitives sont :

1° Une leçon orale d'une heure, après quarante-huit heures de préparation libre ; 2° Une série d'épreuves pratiques : *a.* Pour la médecine : Une leçon clinique sur un ou deux malades choisis par le jury, examinés avec toutes les ressources du laboratoire ; — des exercices d'anatomie pathologique. *b.* Pour la chirurgie et les accouchements : Memes épreuves pratiques que pour la médecine et, en outre, pour la chirurgie, une opération sur le cadavre. *c.* Pour l'anatomie : Une leçon sur une préparation d'anatomie descriptive ; — des exercices pratiques d'histologie. *d.* Pour la physiologie : Une leçon sur une préparation d'histologie ; — des exercices pratiques de physiologie expérimentale. *e.* Pour la physique : Une leçon sur une expérience de physique ; — des exercices pratiques de physique *f.* Pour la chimie : Une leçon sur une expérience de chimie ; — des exercices pratiques de chimie. *g.* Pour l'histoire naturelle : Une leçon sur une préparation d'histoire naturelle ; — des exercices pratiques d'histoire naturelle. *h.* Pour la pharmacie : Une leçon sur une opération de pharmacie ; — des exercices pratiques de pharmacie. Art. 41. — Les sujets et la durée des exercices pratiques sont déterminés par le jury. Art. 42. — Les dispositions générales du statut du 16 novembre 1874 continueront d'être appliquées.

Faculté des sciences de Paris. — M. Schneider, professeur à ladite Faculté, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1887-1888, d'un cours complémentaire de botanique à ladite Faculté. — M. Meslin, professeur agrégé au lycée de Poitiers, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours complémentaire de physique (deux leçons par semaine) à la Faculté des sciences de cette ville. — M. Guiteau, préparateur à ladite Faculté, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1887-1888, de conférences de chimie à ladite Faculté. — M. Maillard, professeur à ladite Faculté, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours complémentaire d'astronomie à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Lille. — M. Souillart, professeur de mécanique rationnelle et appliquée à ladite Faculté, est nommé sur sa demande, professeur d'astronomie à ladite Faculté (chaire nouvelle). — M. Painlevé, docteur ès sciences, agrégé des sciences mathématiques, est chargé, pour l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de mécanique rationnelle et appliquée à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Berson, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de physique à ladite Faculté. — M. Caralp, préparateur à ladite Faculté, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1887-1888, de faire trois conférences de géologie et minéralogie par semaine à ladite Faculté.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chargés des cours complémentaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent: MM. Carles, *chimie*; Lefour, *accouchements*.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — La chaire de pathologie interne de ladite Faculté est transformée en chaire de pathologie interne et pathologie expérimentale.

— Les agrégés de ladite Faculté, dont les noms suivent, sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés pendant l'année scolaire 1887-1888 : MM. Demon, *accouchements ;* de la Personne, *clinique ophtalmologique ;* Lemoine, *matière médicale et thérapeutique* ; Lambling, *chimie organique ;* Wertheimer, *physiologie* ; Debierre, *anatomie*. M. Debierre, agrégé près la Faculté de Lyon, est transféré en la même qualité à la Faculté de Lille, en remplacement de M. Assaki, démissionnaire. — M. Demon, agrégé près la Faculté de médecine de Lille, est chargé, en outre, du 1er novembre au 31 décembre 1887, des fonctions de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté.

— M. Tavernier est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté. — M. Havrez est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions d'aide-préparateur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté.

— M. Leroy, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne et pathologie expérimentale à ladite Faculté (chaire nouvelle).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Jeannel, docteur en médecine, est nommé, pour une période de trois ans, chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées à ladite Faculté, en remplacement de M. Giron, dont la délégation est expirée.

Facultés et Ecoles. — Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les Facultés et Ecoles ci-après désignées : *Faculté de médecine de Montpellier*. MM. Carrieu, agrégé, *histologie* ; Gerbaud, agrégé, *accouchements* ; Gilis, agrégé, *anatomie* ; — *Faculté de médecine de Nancy*. MM. Rémy, agrégé, *accouchements ;* Schmitt, agrégé, *clinique des maladies syphilitiques et cutanées* ; Simon, agrégé, *clinique des maladies des enfants* ; Baraban, agrégé, *histologie* ; Macé, agrégé, *botanique et histoire médicale*

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. — Un concours s'ouvrira, le 1er février 1888, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. Rietsch, pharmacien de 1re classe, docteur ès sciences naturelles, suppléant des chaires de physique et de chimie à ladite Ecole, est nommé professeur de chimie, en remplacement de M. Rousset, décédé.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Sourdille est nommé aide de clinique ophthalmologique à ladite Ecole, en remplacement de M. Touchalcaume, démissionnaire.

Ecole de médecine et de pharmacie de Poitiers.—M. Buffet-Delmas, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole, est chargé du cours d'anatomie, en remplacement de M. Lachaise, appelé à d'autres fonctions. — M. Lachaise, professeur d'anatomie à ladite Ecole, est transféré, sur sa demande. dans la chaire de physiologie vacante par suite du décès de M. Delaunay.

Amphithéatre d'anatomie des hôpitaux. — Le concours pour une place de prosecteur audit amphithéâtre a commencé le 3 aout dernier. Les candidats sont : MM. Demoulin, Sobileau et Thiéry. Les membres du jury sont : MM. les Drs Tillaux, Péan, Désormeaux, Panas, Perrier, E. Moutard-Martin et Legroux.

Ambulances urbaines. — Cette question, dont le *Progrès médical* s'est occupé depuis plusieurs années, paraît devoir recevoir prochainement une solution. La première ambulance serait installée à l'hôpital Saint-Louis.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le Conseil a pris les décisions suivantes dans sa séance de jeudi 28 juillet 1887 : 1° Adoption d'un projet de règlement portant révision du régime du concours d'agrégation des Facultés de médecine. En vertu de ce projet, le titre 3 du statut du 16 novembre 1874, sur les concours d'agrégation de médecine, est abrogé et remplacé par cette nouvelle disposition : suppression de la thèse avec argumentation ; cette épreuve est remplacée par un exposé public, fait par le candidat lui-même, de ses travaux personnels ; une demi-heure est accordée pour cette épreuve. 2° Adoption d'un projet de décret concernant la péremption des inscriptions de stage officinal. Aux termes de ce projet, les règles de péremption établies par l'article 27 du décret du 30 juillet 1883 sont applicables aux inscriptions de stage officinal exigé des aspirants au grade de pharmacien pendant les trois premières années d'étude. En conséquence, tout élève stagiaire qui, sans motifs valables et jugés tels par la Faculté mixte de médecine et de pharmacie ou Ecole de pharmacie, néglige, pendant deux ans, de prendre des inscriptions de stage, perd le bénéfice de l'inscription prise antérieurement et correspondant à une année de stage. Le temps passé sous les drapeaux, dans l'armée active, n'est pas compté dans le délai entraînant la péremption.

Franchise médicale postale. — Le directeur des postes et télégraphes a concédé la franchise postale à la correspondance échangée par les médecins inspecteurs du service de la protection du 1er age avec les maires des communes composant leur circonscription, avec le sous-préfet de leur arrondissement et le préfet du département. Cette franchise est uniquement réservée à la correspondance relative au service de la protection (*Bulletin médical*).

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Jegun, républicain, a été nommé conseiller général pour le canton de Montréal (Gers), le dimanche 31 juillet. — Le Dr Thomas a été élu conseiller général du canton de la Suze (Sarthe).

Missions scientifiques. — M. H. Leloir professeur à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Italie, pour y étudier l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie.

Vacances médicales. — On demande un interne dans un Asile d'aliénés d'un département de l'Est. — S'adresser au bureau du Journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Boeckel (J.). — Etude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical. Brochure in-8 de 90 pages, avec 2 planches hors texte.

Garnier (P.). — Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales. Volume in-12 de 516 pages. — Prix : 7 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 33. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 13 AOUT 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Pr **CHARCOT**.

Sur la claudication intermittente par oblitération artérielle (1).

Quelle est la raison physiologique des phénomènes qui viennent d'être décrits et dont nous connaissons le point de départ anatomique ? Voilà une question qui, pour être traitée convenablement, exigerait de bien longs développements. Je me réserve, afin de ne pas nuire à l'exposé de la partie descriptive, d'y revenir une autre fois. Pour le moment, je veux me borner aux considérations suivantes :

1° Tous les phénomènes que nous avons successivement observés pendant la crise de claudication ischémique se retrouvent et apparaissent successivement dans l'expérience fameuse de Stenson (2), reprise plus tard par Brown-Séquard (3) et Stannius (4), et qui consiste à lier l'aorte chez un animal et à observer ce qui se produit dans les membres inférieurs. Pour qu'elle puisse nous servir de terme de comparaison, l'expérience doit être modifiée de façon à ce que les phénomènes, qui dans une ligature de l'aorte placée au-dessous des rénales pourraient résulter de l'anémie du renflement lombaire spinal, soient exclus.

L'expérience ainsi modifiée consiste à lier l'aorte immédiatement au-dessus de sa division. Dans ce cas-là, la moelle n'est pas anémiée, et la ligature ayant été faite, la circulation par la voie des collatérales n'a pas pu s'établir ; ce sont les tissus des membres inférieurs seuls, os, nerfs et muscles, qui sont ischémiés, anémiés, et c'est de cette anémie seulement que dépendent tous les symptômes (Exp. de Schiffer) (5). Or, successivement on voit que la température du membre s'abaisse, les artères cessent de battre, les mouvements deviennent difficiles, la paralysie est complète au bout d'une heure, l'animal souffre ; la peau du membre est cependant anesthésiée. Enfin, deux heures environ après le début de l'expérience, il se produit dans le membre parésié une véritable rigidité.

Si la rigidité ayant commencé, on enlève la ligature, on voit, au bout de quelques minutes, l'état normal reparaître et la rigidité cesser. Si, au contraire, l'expérience se prolonge, la rigidité devient permanente et la nécrose du membre se produit. Cette rigidité, qui, par le rétablissement de la circulation, a pu disparaître tout à l'heure, alors qu'elle était encore peu accentuée, n'était autre chose, messieurs, qu'une *esquisse de la rigidité cadavérique*. Cela est si vrai que si vous laissez cette rigidité s'établir en prolongeant trop longtemps le maintien de la ligature, elle est bientôt suivie de la cadavérisation du membre, et, chose importante, lorsque l'animal succombe, au moment où le temps de la rigidité cadavérique est venue, elle s'empare de tous les membres, à l'exception de celui-là justement, sur lequel elle s'était produite pendant la vie, sous l'influence de l'ischémie. Dans cette expérience, nous assistons donc au développement de la rigidité cadavérique partielle sur le vivant (1). Les mêmes phénomènes peuvent-ils s'observer chez l'homme ? Très certainement. J'en ai fait connaître dans le temps un exemple fort remarquable et tout à fait décisif (2). Il s'agit d'une femme de 60 ans, cachectique, atteinte de cancer rectal, qui, une nuit, sentit dans la main gauche des fourmillements qui l'empêchaient de dormir. Le matin, le coude et la main étaient contracturés, les doigts violacés, tandis que le reste du membre était livide. Le membre était froid et insensible. Cela dura deux jours. Le troisième, le membre était devenu flasque, et une teinte violacée livide occupait l'avant-bras ; il y avait une petite eschare au coude. La malade succomba le troisième jour. A l'autopsie, on trouva un caillot décoloré dans la sous-clavière, un autre à la partie inférieure de l'humérale. Quelle est donc la nature de cette contracture, qui s'est manifestée pendant la vie dans le membre ischémié ?

Très certainement c'était la rigidité cadavérique observée, comme vous le voyez, sur le vivant, car après la mort la rigidité s'est manifestée sur toutes les parties

(1) Voir *Progr. Méd.*, n° 32.

(2) Stenson. *Elementorum Myologiæ specimen* 1667.

(3) Brown-Séquard. *Mémoires sur les propriétés et usages du sang rouge et du sang noir* 1858. Dans l'expérience de Stenson, il se développe très rapidement après la ligature une paraplégie motrice et sensitive, puis les nerfs et ensuite les muscles deviennent inexcitables ; enfin les muscles sont pris de rigidité. Brown-Sequard affirme que les muscles qui dans l'expérience de Stenson deviennent rigides, peuvent reprendre, après l'avoir perdue, leur excitabilité directe et indirecte, quand on enlève la ligature, ou quand on injecte du sang d'un autre animal. D'après Hermann (*Hermann. — Die Regulirung der Zufuhr arteriellen Blutes. — Handbuch der physiologie*, 1 Bd., 1 Theil, p. 125, et seq.), il n'est pas démontré que le muscle complètement inexcitable et complètement rigide puisse recouvrer ses propriétés. Dans leurs expériences, Brown-Séquard et Stannius n'auraient fait que faire revivre l'excitabilité musculaire *presque* éteinte.

(4) Stannius. *Untersuch. uber Leistungs Fahigkheit der Muskeln und Todtenstarre. Vierordts Archiv. fur physiol. Heilk*, 1852, XI.

(5) *Ueber die Bedeutung Stenson'schen Versuchs. — Julius Schiffer. Centralbl. fur Wissensch. Heil an.* 1869, p. 579. Dans l'expérience de Schiffer, les résultats sont bien différents de ceux qu'on observe dans l'expérience de Stenson. La paralysie se produit bien plus lentement. Si l'on excite les nerfs il n'y a plus de secousses musculaires, parce que les terminaisons nerveuses motrices sont paralysées ; il y a aussi anesthésie de la peau parce que les terminaisons sensitives sont affectées, mais les troncs nerveux n'ont pas perdu toutes leurs fonctions puisque leur excitation provoque de la douleur.

(1) Je rappellerai que M. Volkmann et après lui M. Leser ont décrit un genre particulier de contracture, surtout aux membres supérieurs, à la suite et en conséquence de l'application d'un bandage trop serré. Cette contracture serait une conséquence de l'ischémie produite dans le membre, par le fait de la compression excessive exercée par le bandage et elle devrait être assimilée, suivant les auteurs cités, à la rigidité qui se montre sur les parties ischémiées dans l'expérience de Stenson ou encore chez l'homme à la suite de la ligature de l'artère principale d'un membre. Pour plus de détails voir : *Leçons sur les maladies du système nerveux par J. M. Charcot*, 1887, t. III, p. 409. M. Leser cite quelques cas de brusque interruption de la circulation dans un membre, par ligature, dans lesquels une *contracture des muscles analogue à la rigidité cadavérique*, a précédé la gangrène du membre.

(2) Benni, thèse de Paris, 1867 et J. Simon, art. *Contracture* dans le *Nouveau dictionnaire de médecine* au t. IX, p. 1869.

du corps, à l'exception de celle où elle avait paru déjà pendant la vie.

Mais j'en reviens à la claudication. Je pense que l'interprétation des phénomènes, qui se produisent dans l'expérience de Stenson, est applicable aux phénomènes qui se produisent dans la claudication intermittente; ainsi, pendant l'accès, nous observons ces mêmes phénomènes de douleur, d'anesthésie, de refroidissement du membre, de parésie, de contracture enfin, que nous avons relevés dans l'expérience de Stenson. Mais pourquoi se produisent-ils dans des cas où, comme nous l'avons vu, la circulation collatérale est libre, tandis que dans l'expérience de Stenson elle ne l'est pas? C'est que, messieurs, les circonstances ici sont bien différentes. Dans l'expérience de Stenson, les membres ne fonctionnent pas; dans la claudication intermittente, ils fonctionnent. Or, quand un muscle fonctionne, se contracte, vous savez qu'il appelle à lui, pour s'alimenter pendant le temps de l'effort, cela est bien connu, une quantité de sang supplémentaire. Or, dans la claudication ischémique, en raison de l'oblitération du tronc principal, la quantité de sang qui peut suffire à l'entretien de l'organe pendant le repos, n'est plus assez grande pour le nourrir convenablement pendant le travail. La nutrition des muscles se modifie profondément comme celle des nerfs, sous l'influence de la fonction produite et de l'ischémie, et c'est ainsi que je m'explique l'apparition des douleurs, puis de la contracture, qui, ici comme dans le cas de l'expérience de Stenson, serait une esquisse de rigidité cadavérique heureusement modifiée, peu après sa production, par le rétablissement des conditions physiologiques pendant la période de repos.

Mais je ne veux pas insister sur ces détails, que je reprendrai, je le répète, dans une autre occasion. Je veux relever seulement pour le moment que la rigidité qu'on trouve dans l'accès de claudication, est, en somme, une contracture relevant de l'ischémie du muscle, et qu'on peut considérer comme une esquisse de rigidité cadavérique. Et, de fait, quand, comme cela a lieu chez notre homme, la claudication a été trop longtemps méconnue, elle fait place à la cadavérisation et à la gangrène du membre.

Mais il est temps d'en venir à la description de la claudication intermittente ischémique chez l'homme.

J'en ai donné la première description dans le petit mémoire publié en 1859, auquel j'ai fait allusion déjà (1): dans ce cas, il s'agissait d'un homme de 51 ans, qui, pendant près de huit mois, avait présenté les phénomènes que voici : dans le membre inférieur droit, après un quart d'heure de marche, faiblesse, engourdissement, puis raideur générale du membre; cessation des troubles après un repos de cinq à dix minutes. Avec la reprise de la marche, retour des accidents. Ce sont bien là, vous le voyez, en petit, bien entendu, mais parfaitement reconnaissables, les phénomènes que nous avons reconnus et discutés chez le cheval. Le malade meurt tout à coup d'hémorrhagie gastro-intestinale. A l'autopsie, anévrysme de l'iliaque primitive droite à sa naissance; le tronc de celle-ci était oblitéré. La circulation s'était admirablement rétablie dans le membre, par la voie des collatérales.

Depuis la publication de ce travail, plusieurs observations du même genre ont été recueillies par divers auteurs. Vous les trouverez pour la plupart consignés dans l'excellente thèse de M. le docteur Alexandre Sabourin soutenue à la faculté de Paris en 1873 (1).

(1) *Soc. de Biologie, Loc. cit.*

Mais je le répète une fois de plus, ces symptômes malgré leur caractère en quelque sorte spécifique, sont encore chaque jour méconnus ; c'est à cette circonstance qu'est dû probablement en partie la rareté apparente de ces faits, alors que les cas de l'oblitération artérielle présentant les conditions favorables au développement des phénomènes de la claudication, sont au contraire si vulgaires.

A l'appui de ce que je viens de dire, je puis citer d'abord le cas même de notre amputé, qui, pendant *plus de trois mois*, antérieurement à l'époque où il s'est présenté à nous — son observation est à cet égard fort explicite — avait présenté dans le membre qui devait être finalement frappé de sphacèle les symptômes de la claudication ischémique les plus caractéristiques, bien que toujours méconnus par les médecins consultés.

Je puis citer encore le fait suivant, fort intéressant à divers points de vue et qui est bien propre, je crois, à montrer qu'il sera désormais possible d'éviter la terminaison par sphacèle, lors que les accidents de la claudication pourront être reconnus à temps et mis en valeur comme ils le méritent.

Le malade en question, M. N., est un homme de 45 ans que j'ai vu en octobre dernier. Je signalerai chez lui l'existance d'un arc sénile avec d'autres signes non équivoques d'artério-sclérose et, dans les antécédents deux ans avant le moment où je l'ai examiné, une *perte soudaine de la vision de l'œil gauche par thrombose de l'artère centrale de la rétine*, circonstance, dans l'espèce, bien digne d'être particulièrement signalée.

Les troubles du côté du membre inférieur apparurent 16 mois après cette perte subite de la vision d'un œil.—Le malade, un jour, remarqua qu'il ne pouvait marcher plus de cinq minutes sans éprouver une douleur dans le pied et dans le mollet droit, suivie d'engourdissement, de crampe. Après quelques minutes de repos, la douleur cessait et la marche redevenait possible pendant cinq minutes, et ainsi de suite. Une jarretière placée sous le genou limiterait en haut les parties affectées pendant la crise. A ces phénomènes est venu se joindre plus tard le symptôme suivant: lorsque le malade posait le pied à terre, l'avant-pied devenait rouge violacé; depuis un certain temps cette coloration est devenue permanente. Voici ce que je constate le jour de la consultation : la coloration dont je viens de parler s'exagère, si on comprime l'artère fémorale et la veine dans le triangle de Scarpa; le membre malade est beaucoup plus froid que celui du côté opposé; un peu d'anesthésie au gros orteil; il y a une petite eschare à la partie externe du petit orteil gauche. Je fais marcher le malade devant moi, pendant quatre ou cinq minutes Au bout de ce temps il éprouve les sensations habituelles; de plus son mollet se tuméfie, son pied se fléchit, les tendons deviennent saillants ; il y a, en un mot, une véritable crampe très douloureuse.

Malgré la netteté des symptomes qui viennent d'être rapportés, le diagnostic était resté incertain; on avait parlé de rhumatisme, de troubles vaso-moteurs, etc., etc. Et l'on avait fait suivre au malade divers traitements, je dois le dire, plutôt nuisibles.

Me fondant sur la connaissance de plusieurs cas du même genre pour lesquels j'avais été consulté et en par-

(1) A. Sabourin. *Considerations sur la claudication intermittente par oblitération artérielle.* These de Paris, 1873.— Un cas relatif au membre superieur a été publié par W. Nothnagel. *Berlin. klin. Wochens.*, 1867, p. 36.

ticulier sur celui d'un diabétique atteint de claudication ischémique, où le sphacèle du membre avait été évité, non seulement en soumettant le malade au régime et au traitement classiques, mais encore en lui prescrivant pour une période de plusieurs mois de ne jamais marcher à pied, ou tout au moins, de ne jamais marcher assez longtemps pour déterminer les phénomènes de claudication, je fis ici une prescription analogue. J'ai revu le malade huit mois après la consultation ; il avait suivi notre prescription dans toute sa rigueur pendant plus de quatre mois. Il peut maintenant marcher un quart d'heure, vingt minutes et plus même sans souffrir. Récemment il a été à pied du Théâtre-Français à la rue de Lyon, sans avoir éprouvé de douleur.

Je suis convaincu que ce malade nous doit de lui avoir évité le sphacèle du membre avec toutes les tristes conséquences qu'il entraîne (1) ; c'en est assez sans doute, pour vous faire comprendre, Messieurs, pourquoi j'ai tenu à fixer dans votre esprit la symptomatologie si frappante d'ailleurs, et si nettement caractérisée de la *claudication par oblitération artérielle* (2).

PATHOLOGIE INTERNE

Contribution à la théorie infectieuse de la furonculose. Cas de pneumonie parasitaire furonculeuse (3) ;

Par le Dr **Ernest CHAMBARD**, ancien interne des hopitaux de Paris, Médecin adjoint des Asiles d'aliénés de la Seine.

III.

I. L'observation que l'on vient de lire nous semble fournir, malgré de très grandes lacunes, un argument à la fois clinique et anatomo-pathologique à l'appui de la théorie infectieuse et parasitaire de la furonculose : elle nous offre, en outre, un exemple probablement rare de pneumonie furonculeuse.

Lorsque nous vimes survenir une pneumonie chez M.., nous ne pensions nullement à établir une relation de cause à effet entre l'affection parasitaire locale de la peau dont il était atteint et cette phlegmasie viscérale si commune, d'ailleurs, chez les paralytiques généraux ; aussi, n'est-ce qu'à l'autopsie que nous pûmes soupçonner la vérité. Nous fumes alors frappé des caractères spéciaux des lésions pulmonaires que nous rencontrâmes et de leur analogie avec ceux des pneumonies symptomatiques de la morve et de l'infection purulente. Dans la morve, par exemple, Renaut (4) décrit des granulations sous-pleurales à peu près identiques à celles que nous constations nous-mêmes chez notre sujet: « généralement, dit ce savant distingué, le feuillet pleural a conservé sa transparence et laisse voir les nodules morveux qui forment à la surface du poumon des saillies arrondies, avec leur centre d'un jaune opaque, entouré d'une zone grisâtre et, plus en dehors, d'une auréole hémorrhagique... Quand on saisit le nodule entre ses doigts, il donne la sensation d'un corps solide plongé dans le parenchyme pulmonaire; il existe, en effet, à ce niveau, une véritable hépatisation dont le volume varie depuis celui d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'un œuf de pigeon ou même d'un œuf de poule. »

Cette disposition nodulaire, cette dissémination et cette tendance à la régression centrale, sont les caractères généraux et essentiels des pneumonies infectieuses telles que les pneumonies de la pyémie, de la morve, de la syphilis et de la tuberculose: aussi, dès l'autopsie, ne gardions-nous aucun doute sur la nature infectieuse de la complication pulmonaire à laquelle M... avait succombé et soupçonnions-nous ses relations causales avec l'anthrax qui avait ouvert la scène. L'examen microscopique confirma pleinement notre diagnostic anatomo-pathologique. Ainsi qu'on l'a pu voir, non seulement nous trouvâmes des altérations très analogues à celles que M. Renaut, au cours de l'article que nous citions plus haut, décrit dans la pneumonie morveuse, mais encore nous découvrîmes, au sein des nodules pneumoniques, un microbe tout à fait identique à celui que Pasteur, Lowemberg et nous-mêmes avions rencontré dans le furoncle et l'anthrax.

M... atteint d'une dermatite infectieuse, d'un anthrax, a donc succombé à une pneumonie infectieuse de même nature que l'affection cutanée, due au transport et à la localisation dans les poumons, par des voies et un mécanisme encore fort obscurs, d'un microbe morphologiquement identique à celui que l'on avait constaté dans la manifestation initiale de la furonculose. Ce microbe n'est, d'ailleurs, à nos yeux, nullement spécifique : c'est le parasite des suppurations localisées (1) c'est un *staphylococcus* et il serait intéressant de rechercher si, dans les anthrax à forme extensive ou érysipélateuse, ce parasite n'est pas remplacé, au niveau de la zone d'extension, par un microbe de suppuration diffuse, par un streptococcus. Quoiqu'il en soit, le furoncle n'est pas une affection spéciale, pas plus que la furonculose n'est une maladie spécifique; la furonculose est une inflammation suppurative de la peau, le furoncle et l'anthrax ne doivent qu'à leur siège, dans certaines régions du tégument, les caractères anatomo pathologiques et cliniques qui leur sont propres.

II. La notion, aujourd'hui bien établie, de la nature parasitaire de la furonculose permet de poser les bases rationnelles du traitement de ses manifestations cutanées : le furoncle et l'anthrax; elles ont été bien arrêtées au cours de la discussion qui eut lieu, en 1882, à la Société de chirurgie (2) et très clairement exposées par M. Gingeot (3) dans un travail publié quelques années plus tard.

(1) Dans ces derniers temps il s'est produit chez ce malade quelques symptomes permanents : 1° douleur très vive dans le gros orteil précédé par une sensation de froid perceptible à la palpation qui survient vers les 3 heures du matin et le reveille ; 2° le gros orteil est douloureux à la pression ; [illegible] plus froid que les autres parties ; 3° Au moment de [illegible] de la nuit le gros orteil se redresse. Il n'y a donc pas [illegible] absolue ; le gros orteil finira peut-être par se sphacéler ; mais il y a en tout cas loin de cet accident à la perte de la jambe [illegible] ; et il est bien possible meme que la gangrène du gros orteil aurait pu être évitée si on eut reconnu des [illegible] et si on eut pris en temps opportun les précautions nécessaires.

(2) J'ai eu plusieurs fois encore, [illegible] faite, l'occasion de voir en consultation [illegible] males), atteints de claudication [illegible] l'évidence des [illegible] la méconnaît. Je suis resté [illegible] l'utilité qu'il y a à appeler [illegible] d'ailleurs si intéressant à tous égards.

(3) Voir *Progrès médical*, nos 24 et 32.

(4) Renaut. Article Morve (Anatomie pathologique). *Dict. encyclopédique des sc. médicales*.

(1) Ogston. Ueber abscesse (*Arch. für klinische Chirurgie*, 1880) ; Report upon micro-organism in surgical Disease (*British. med. journal*, 1881) ; Micrococcus poisonning (*Journal of Anatomy and Physiology*, t. XVI, XVII. — Rozembach. Mikro-organismen bei den Wundinfectionskrankheiten der Menschen, 1884. — [illegible]. Microbes du phlegmon cutané. *Arch. de Physiologie*, 1881.

(2) *Discussion à la Société de chirurgie* (MM. Després, Trélat, Lefort, Tillaux, Marc Sée, Verneuil, etc., 1882.

(3) Gingeot. Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse. *Bulletin général de thérapeutique*, janvier, février, mars, 1885.

Le traitement de la furonculose doit être absolument antiseptique : il consiste essentiellement à *aseptiser* le pus furonculeux et à l'empêcher de produire, par son contact avec des régions saines de la peau, des inoculations secondaires. C'est à ce dernier point de vue qu'il importe de proscrire du traitement local de la furonculose les cataplasmes sous lesquels les micrococci trouvent des conditions de chaleur et d'humidité très favorables à leur prolifération et qui, tout en calmant fort bien la douleur, transforment souvent un furoncle en une série de furoncles disséminés ou en un groupe de furoncles confluents, c'est-à-dire en un anthrax.

Dans la pratique, plusieurs cas peuvent se présenter. Lorsque nous nous trouvons en présence d'un furoncle bien circonscrit, non encore ramolli ou, du moins, non encore ouvert à l'extérieur, nous nous bornons, selon la méthode déjà ancienne de Boinet (1), à le couvrir de nombreux et fréquents badigeonnages de teinture d'iode ou d'un mélange, à parties égales, de teinture d'iode et de glycérine. Il n'est pas rare de voir ainsi avorter des furoncles même en voie de suppuration interstitielle.

Si le furoncle est largement ouvert à la surface de la peau et, à plus forte raison, s'il s'agit d'un anthrax, notre conduite est subordonnée à différents facteurs, dont les principaux sont le siège du mal, la douleur qu'il détermine et sa tendance plus ou moins prononcée à dépasser ses limites primitives.

Nous nous abstenons, en général, de toute intervention chirurgicale à l'égard des furoncles ou des anthrax peu douloureux, et ils ne le sont presque jamais chez les aliénés, bien circonscrits et situés au cou, sur les membres ou sur le tronc. Nous les pressons pour en extraire le plus possible le pus bourbillonneux, nous injectons à leur surface et dans leur cratère une seringue d'eau phéniquée, nous les saupoudrons largement de poudre d'iodoforme et nous en bourrons toutes les anfractuosités de crayons iodoformés (2); nous les recouvrons, enfin, jusqu'au pansement suivant, d'une compresse de gaze iodoformée et d'une feuille de ouate (3).

Si, au contraire, l'anthrax est douloureux, s'il siège à la face, au cuir chevelu, si ses bords enflammées et érysipélatoides font craindre une marche envahissante, l'intervention chirurgicale est, sinon toujours nécessaire, au moins souvent commandée par la prudence. Nous ouvrons alors largement et profondément avec le thermo-cautère, de manière à ce que nos incisions cruciformes ou radiées, selon l'étendue de l'anthrax, comprennent toute l'épaisseur des tissus malades et empiètent d'un ou deux centimètres sur les tissus sains périphériques. La plaie opératoire ainsi produite et le reste de la tumeur, surface et cratère, sont ensuite exprimés du pus qu'ils renferment, injectées à l'eau phéniquée et pansés à l'iodoforme comme dans les cas que nous avons tout à l'heure examinés.

Quelle que soit son importance, le traitement local de la furonculose ne doit pas faire oublier celui de l état général des malades qui en sont atteints. Chez nos malades, la plupart affaiblis, et surtout chez nos paralytiques généraux, ce dernier doit être essentiellement tonique. Nous usons largement, en leur faveur, des régimes supplémentaires qui permettent d'ajouter du rôti et un peu de bordeaux à leur modeste ordinaire et nous leur administrons une potion excitante (1). Ce sont surtout ces malades, souvent, il est vrai, agités et incommodes, que nous voudrions débarrasser de la camisole de force, moyen de contention trop facile et barbare qui, entre autres inconvénients, n'est peut-être pas tout à fait innocent des furoncles, des anthrax et des phlegmasies que l'on observe si souvent chez les aliénés excités et particulièrement chez les déments paralytiques.

(1) Boinet. Iodothérapie, 2e édition, 1865.

(2) Ces crayons rendus rigides par un mucilage de gomme adragant et renfermant, parait-il, 80 0 0 d'iodoforme, sont très commodes pour le pansement des trajets anfractueux ou fistuleux.

(3) Nous avons aussi obtenu de bons effets d'une pommade qui nous a été indiquée par le père d'un de nos internes, M. le Dr Henry (de Lille) et qui est ainsi formulée : onguents styrax et populéum : ââ 30, calomel 10 ; huile d'amandes douces camphrée q. s.

(1) Nous prescrivons souvent la potion suivante : Extrait de quinquina gris, 3 à 6 gr.; rhum 30 à 60 gr.; acétate d'ammoniaque 4 à 6 gr.; café 200 gr.

PATHOLOGIE MENTALE

Tuberculose de la protubérance chez un enfant;

Par BOURNEVILLE et ISCH-WALL.

Nous avons eu l'occasion d'observer à Bicêtre un bel exemple de *tuberculose de la protubérance annulaire* que nous avons cru devoir publier en le faisant suivre d'un résumé de quelques autres cas, qui appartiennent également à des enfants.

OBSERVATION.— *Mère névropathe, idées noires. — Grand-père paraplégique; oncle, convulsions; frère, convulsions.—Tante cancéreuse.—Grand'mère rhumatisante ; tante convulsions ; cousin aliéné.—Chagrins pendant la grossesse.—Bronchite, scarlatine, variole. Peur et crise nerveuse à trois ans. Cauchemars. changement de caractère, perte d'appétit. —Etourdissements. strabisme, fièvre cérébrale, rémission.— Titubation, divagations, paralysies et contractures, dysphagie, constipation, perte de la parole, cris. — Amaigrissement, signes de tuberculose pulmonaire, eschares. Alternatives d'hyperthermie et d'hypothermie. — Coma et mort.*

Autopsie. — Oblitération incomplète du trou de Botal. — Tubercules crétacés au sommet des poumons.— Caverne. — Thymus persistant. — Description des circonvolutions cérébrales. — Tubercules de la protubérance. — Examen histologique.

Hoël... (Pierre-Charles), âgé de cinq ans, est entré le 2 avril 1886 à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE.)

Renseignements fournis par sa mère (12 mai). *Père* : 32 ans, mécanicien, bien portant, très fort. N'a jamais eu de convulsions, ne fume que très peu et ne fait jamais d'excès de boisson ; caractère doux. Pas de migraines, mais *céphalalgies* temporales fréquentes, sans vomissements, durant deux ou trois heures ; pas de rhumatismes. Il a eu une maladie de peau qui a duré trois ans, s'accompagnant de démangeaisons. Il a été guéri par des lotions phéniquées. [*Père* : employé de chemin de fer, mort à quarante ans. écrasé entre deux wagons; il avait été longtemps soldat; on ne lui a jamais connu de maladies. — *Mère* : soixante ans, bien portante, mais sujette à des douleurs rhumatismales dans les bras; pas de migraines. — *Grand'mère maternelle* : morte presque centenaire, avait eu des douleurs rhumatismales ; pas de nodosités des mains.—*Sœur* : morte à sept ans de *convulsions*.—*Frère*: vingt-huit ans. très rangé, n'a pas de maladies. — *Plusieurs oncles et tantes* sont vivants et en bonne santé. — Un *cousin germain* a été *aliéné* pendant deux ans, à la suite de chagrins: il est actuellement guéri. Pas d'autres aliénés, pas d'épileptiques, etc., dans le reste de la famille].

Mère : trente ans, domestique, ménagère; blonde, mince, type lorrain ; pas de convulsions dans l'enfance, pas

d'accidents nerveux; ni migraines, ni céphalalgies, ni rhumatismes. Depuis la naissance de son dernier enfant, c'est-à-dire depuis trois ans, elle a des pertes de sang qui l'affaiblissent beaucoup. Avant, elle était très bien portante. Mariée à vingt-cinq ans, elle n'a jamais eu de crises de nerfs ni de syncopes. Depuis ses pertes, elle s'émotionne facilement, a des tremblements lorsqu'elle éprouve une contrariété; il y a un an, elle avait des « crises d'idées noires, » elle pensait à mourir. Cet état durait depuis la naissance de son dernier enfant, qui avait coïncidé avec la perte de son fils aîné, qu'elle aimait beaucoup. En ce moment, elle est atteinte de chloro-anémie et aurait, de plus, suivant son médecin, une métrite. [*Père* : tué dans une bagarre (fracture du crâne). Il était très fort et très nerveux, sans avoir pourtant jamais de crises de nerfs. Très intelligent, dit-on. A l'âge de vingt ans, à la suite d'un bain froid, il resta deux ans sans pouvoir bouger, avec les jambes raides ; la partie supérieure du corps était saine. Cette *paraplégie* guérit à l'âge de vingt deux ans, et il put reprendre son métier de chauffeur. — *Mère* : soixante ans, n'a jamais eu de maladies et n'a jamais présenté d'accidents nerveux. — *Sept frères et sœurs* au moins (de deux mères), cinq sont vivants et bien portants, ainsi que leurs enfants ; un est mort à vingt mois de *convulsions* de la dentition. — Une *sœur* aînée est morte d'un *cancer utérin*]. — Pas de consanguinité

Deux fausses couches et deux *enfants* : 1° Un fils, né avant le mariage, est mort âgé de deux ans, de *convulsions* après dix jours de maladie. Il était très intelligent, très fort et très coléreux. Un jour qu'on voulait le forcer à manger sa soupe il se mit dans une telle colère qu'il se trouva mal et qu'on dut aller chercher un médecin ; — 2° fausse couche de deux mois, sans cause connue ; — 3° notre malade ; — 4° fausse couche de cinq mois et demi.

Notre malade. — Conception pendant que la mère était chagrine et fatiguée par suite de la mort d'un enfant qui avait eu lieu trois jours avant.—*Grossesse* pénible ; la mère, très faible, se condamnait au repos dans la crainte d'un avortement ; sa santé devint meilleure à partir du 4e mois; ni chutes, ni traumatismes, ni œdèmes.

Accouchement à terme, facile, sans chloroforme. *A la naissance*, l'enfant était très maigre, mais ne présentait pas de signes d'asphyxie. *Elevé au sein* par sa mère jusqu'à onze mois. A cette époque, il eut une bronchite très forte qui dura quinze jours. Il a marché vers 16 mois, a parlé à plus de deux ans, a été propre de très bonne heure. La première dent a percé à cinq mois, les autres dents vinrent très vite sans amener de convulsions.

A 4 ans, *scarlatine* et six mois après, *petite vérole volante* presque sans éruption. Il y a deux ans, entendant des voisins qui se disputaient, il eut peur et fut pris d'une « *crise de nerfs* ». Pendant plus d'un quart d'heure il tourna les yeux et se cacha. Depuis ce temps, *cauchemars* et *peurs nocturnes*, perte d'appétit, changement de caractère ; l'enfant devenait nerveux, poltron, tout l'effrayait ; la nuit il se cachait sous les couvertures, même lorsqu'il était couché avec sa mère ; sa respiration était haletante : « il respirait à s'étouffer, » parfois il se mettait à crier qu'il avait peur. Après six mois passés dans cet état, il eut des *étourdissements* le prenant deux fois par jour, à midi et le soir. Il disait que le plancher tournait, *devenait rouge*, mais il ne tombait jamais. Huit jours après le début de ces vertiges, survinrent des *envies de vomir*. Un médecin consulté alors lui trouva le regard égaré et lui prescrivit du bromure de potassium. Depuis ce temps, les vertiges cessèrent et furent remplacés par de la *céphalalgie*, des *nausées* le matin, et par des moments d'agitation. Huit mois apres la peur, on le mena à l'école et le premier jour il revint *louchant de l'œil gauche* « parce qu'il avait trop regardé le tableau », dit la mère. Le lendemain l'œil n'avait plus rien, mais le soir on remarqua que l'enfant avait de la fièvre. Cette fièvre, que le médecin appela *fièvre cérébrale*, dura huit jours. Pendant les trois premiers, l'enfant parlait bien et était gai, mais les jours suivants il devint triste, ses yeux étaient égarés et cet état dura jusqu'à la fin de la fièvre. Quand celle-ci fut finie et que Hoël... se leva, on remarqua qu'il allait de droite à gauche, titubait, parlait toujours de bêtes et de serpents, dont on l'avait entretenu à l'école. Pendant six semaines, il eut une légère rémission après laquelle les accidents reprirent plus forts que jamais. Il *se tenait mal sur ses jambes*, se cognait à droite et à gauche, était *très gêné* pour avaler. A ce moment, ni étourdissements, ni crises nerveuses, les nuits étaient bonnes. L'enfant était habituellement constipé, il fallait chaque jour lui donner un lavement.

Avant sa maladie, son intelligence était assez développée, il était obéissant, ne se mettait pas en colère, avait le caractère affectueux et franc, mais il était très turbulent. — Pas d'onanisme, *pas de convulsions*, pas de gourmes, d'ophthalmies, ni d'écoulements d'oreilles. Ni dartres, ni teigne. Jamais de traumatismes sur la tête, pas de vers.

Etat actuel (21 avril 1886). *Crâne* ovoïde, bosses pariétales et occipitales moyennement développées et symétriques. Bosses frontales peu saillantes ; le front est étroit et peu élevé, les rebords orbitaires sont saillants et surmontés de dépressions assez prononcées.

Diamètre antéro-postérieur maximum.	17,8
Diamètre transverse	14,3
Circonférence horizontale au niveau des oreilles .	50,5
Demi-circonférence allant d'une oreille à l'autre .	28,»
Longueur de la racine du nez à la protubérance occipitale externe en passant par le sommet. .	30,0

Face arrondie, symétrique ; *nez* petit, très large vers sa racine, ailes du nez de niveau ; *bouche* grande, lèvres minces; *voûte palatine* moyennement excavée et symétrique; *voile*, *luette*, *amygdales* rien de particulier; *menton* petit et arrondi : *oreilles* bien détachées et bien ourlées, lobule adhérent; largeur 6 centimètres à droite, 5 centimètres à gauche.

Cou, court ; circonférence à la partie moyenne 24 centimètres. *Thorax* bien conformé, symétrique ; circonférence sous l'aisselle 53 centimètres; au niveau des mamelons 55 centimètres ; à la base 57 centimètres. *Dos*, *lombes* et *rachis* normaux. *Abdomen* souple n'offrant rien de particulier.

Membres supérieurs bien conformés, bien musclés, symétriques. Les dimensions sont les mêmes des deux côtés.

Membres inférieurs symétriques, égaux, normaux, sauf les articulations du genou qui sont trop grosses; pieds bien conformés.

Organes génitaux : Pénil glabre, bourses pendantes, testicules de la dimension de toutes petites noisettes, gland découvrable, méat normal. Longueur de la verge 5 cent. : circonférence 4 cent. 5.

Foie et rate normaux à la percussion. — *Ganglions lymphatiques* non hypertrophiés. — *Peau* bistrée, assez épaisse; duvet assez abondant à la partie supérieure du dos; quelques poils à la partie externe des jambes. Cheveux chatains ; sourcils peu épais : cils longs et noirs : front couvert de duvet.

Sensibilité générale assez bien conservée car l'enfant retire ses membres dès qu'on les pique, mais comme il ne cesse de crier pendant qu'on l'examine et qu'il ne dit pas un mot, il est assez difficile d'être bien renseigné sur *les sens* : c'est ainsi qu'on ne peut apprécier l'état de la vue ; les yeux sont grands, l'iris est d'un brun foncé, les pupilles sont égales, un peu contractées; il y a un *strabisme* interne très accusé de l'œil gauche. — L'*ouïe* semble normale : en effet, l'enfant tourne la tête quand on l'appelle ; il se détourne aussi quand on approche un flacon d'ammoniaque de ses narines, ce qui dénote une certaine intégrité de l'*olfaction*. — Quant au *goût*, on ne peut apprécier sa [illegible].

Les *mouvements* des bras s'exécutent librement, mais ceux des jambes sont plus difficiles et l'enfant, à certains moments, est très faible sur [illegible]. — Il n'y a rien de particulier du côté des grands appareils splanchniques

sauf aux poumons. La respiration est rude et soufflante aux deux sommets ; de plus, à droite, on entend des râles humides, caverneux. Submatité sous chaque clavicule.

Dentition. — A la mâchoire supérieure dix dents de lait et première molaire ; à la mâchoire inférieure : premières molaires droite et gauche et deux incisives comme dents permanentes, les autres dents sont des dents de lait. — Chaque fois qu'on l'examine, Hoël... ne cesse pas de pleurer.

Poids, 17 kilog. — *Taille,* 1 m. 06.

8 *mai.* — Hoël... entre à l'infirmerie. Il est devenu très faible et on le signale comme ne se tenant pas sur ses jambes. A son entrée dans le service, le malade marchait seul et prononçait quelques mots.

12 *mai.* Depuis trois jours, le malade est abattu. Si l'on essaie de le mettre debout, ses jambes fléchissent et ne peuvent le porter (*paralysie complète*). Précédemment il disait quelques mots, maintenant il ne parle pas du tout. Le regard reste très vif. Il n'y a pas d'anesthésie appréciable des jambes ni du reste du corps. — Le *réflexe rotulien* est exagéré mais égal des deux côtés. Pas de trépidation épileptoïde des pieds. — *Incontinence* urinaire et fécale. — Plaintes continuelles, pleurs fréquents, parfois cris. — Caractère irritable, sommeil mauvais. — Battements du cœur fréquents ; rien à l'auscultation. — Pouls dur et régulier. — Respiration à peu près normale. Les signes sthétoscopiques ne se sont pas modifiés depuis le dernier examen.

Appétit nul, langue blanche, constipation opiniâtre. Abdomen ni ballonné, ni rétracté. Peau légèrement jaunâtre. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. — *Traitement* : Huile de ricin ; potion de Todd avec 2 gr. extrait de quinquina.

14 *mai.* Quand on approche de son lit, Hoël... se met toujours à pleurer et à crier. Depuis plusieurs jours la déglutition était devenue impossible, l'enfant ne faisait aucun mouvement pour avaler quand on lui mettait des aliments dans la bouche ; aujourd'hui, il avale mieux. Les bras sont à demi fléchis. Si on essaie de les étendre on constate une *contracture* manifeste assez facile à vaincre et cette manœuvre semble déterminer une certaine souffrance. L'enfant agite faiblement les bras et n'exécute jamais de grands mouvements. La sensibilité cutanée paraît diminuée. Les membres inférieurs sont d'habitude étendus, l'enfant les remue, mais l'étendue des mouvements est assez restreinte. En essayant de les fléchir, on provoque aussitôt une contracture plus marquée qu'aux bras. La sensibilité cutanée des jambes est également amoindrie. Pas de mouvements fibrillaires.

La teinte jaunâtre de la peau est moins accusée que les jours précédents. Face très rouge, yeux mi-clos, bouche ouverte. Le malade paraît se plaindre de la tête ; quand on la lui soulève il se met à pleurer. Il ne prononce pas un mot.

15 *mai.* P. 64, très irrégulier, filiforme, avec des intermittences fréquentes. Strabisme convergent des deux yeux. Hyperesthésie cutanée. Dès qu'on le touche, Hoël... pousse des cris. Raie méningitique. L'enfant pleurant constamment, il est impossible d'étudier avec soin la respiration. Cou flexible mais les mouvements de la tête semblent toujours pénibles. La contracture a notablement diminué. Depuis hier. l'enfant avale mieux et la constipation a cessé.

17 *mai.* Aujourd'hui Hoël... ne crie pas, ne s'agite pas ; il remue les lèvres, tourne parfois la tête. Si on approche trop de son lit. il se plaint. Il continue à prendre du lait et du bouillon. En résumé. légère rémission.

18 *mai.* Même état ; Hoël... est assez tranquille, sauf quand on veut l'examiner. Pouls irrégulier, filiforme, incomptable.

19 *mai. Contracture* et raideur des bras très diminuées : strabisme interne, surtout à l'œil gauche, constipation. Hier soir on a donné un lavement sans résultat.

20 *mai.* La mère du malade est venue le voir : elle dit qu'il l'a reconnue. Aujourd'hui H... se laisse approcher sans crier. La respiration est facile et régulière. le pouls fort, rapide, irrégulier. Le faciès est peu modifié : bouche ouverte, strabisme interne double très marqué, hyperesthésie générale. L'enfant prend du lait à la cuiller. Pas de vomissements, constipation persistante.

25 *mai.* L'enfant n'avale que si on lui enfonce les aliments liquides dans la bouche avec une cuiller. Le strabisme domine à gauche. Quand on dérange les mains, elles exécutent de très faibles mouvements.

26 *mai.* Abattement très accusé, mâchonnement. Hoël... pleure dès qu'on l'approche. Pas de cris pendant la nuit. Pouls très fréquent, régulier, petit, dur. Amaigrissement sensible, abdomen légèrement rétracté et ridé. Constipation persistante, souvent même les lavements sont rendus tels qu'ils ont été pris (huile de ricin, 15 grammes).

29 *mai.* L'état de Hoël... ne s'est pas modifié, l'abattement persiste, l'amaigrissement augmente. Bouche constamment ouverte, langue blanche et sèche, pas de muguet. Ni vomissements, ni fièvre, ni convulsions. Pouls toujours fréquent, mais régulier et plus ample.

2 *juin.* Même état, pas de garde-robes depuis quatre jours malgré les lavements purgatifs.

7 *juin.* Pas de modification ; on a noté seulement que l'enfant urine très peu ; l'examen montre que la vessie n'est pas distendue.

11 *juin.* Pouls petit, irrégulier, incomptable. Pas de selles, ventre rétracté, urines toujours peu abondantes. Pas de fièvre ; on note un *abaissement* de la température. Raideur de la nuque.

19 *juin.* L'état du malade ne s'est guère modifié : même aspect extérieur. Contracture du bras droit, réductible avec peine. Membre inférieur droit ni contracturé, ni paralysé. Membre inférieur gauche contracturé légèrement et d'une façon intermittente. Membre supérieur gauche flasque, les doigts cependant serrent légèrement les objets. Hier l'enfant n'a rien mangé, pas de mouvement de déglutition. Cris. Respiration très irrégulière. Pouls, régulier, 75. ? (Pour la *température*, voy. Planche V.)

22 *juin.* La mère assure qu'aujourd'hui encore son fils l'a reconnue.

26 *juin.* Des eschares commencent à se former à la région sacrée. Déglutition toujours impossible.

30 *juin.* L'enfant va de plus en plus mal. Il ne bouge pas, n'avale pas, grimace quand on le remue. Bouche ouverte, langue sèche, clignottement des paupières, inégalité pupillaire (pupille droite plus rétrécie que la gauche). Hyperémie des conjonctives oculaire et palpébrale. Ronchus trachéaux. De temps en temps, plaintes faibles. L'enfant ne fait aucun mouvement et ne reconnaît personne.

2 *juillet.* Hoël.... est en résolution ; respiration un peu stertoreuse ; pouls rapide, incomptable. — Température de la peau assez élevée. Strabisme persistant, regard fixe, cornées fermes. La sensibilité cutanée a presque tout à fait disparu. L'enfant ne réagit plus au pincement. La face présente des plaques rouges. *Coma.* Mort à onze heures du soir. — Température un quart d'heure après la mort, 42°,3 ; une heure après, 41°,4 : deux heures après 38°. — *Poids* après le décès, 10 kil. 500. Perte de poids : 6 k. 500.

(*A suivre*).

Banquet offert a M. Lépine. — Mardi dernier soixante-quinze médecins, ses confrères, comprenant la plupart des membres de la Faculté et du corps des hopitaux, offraient au professeur Lépine un banquet pour fêter sa nomination de correspondant de l'Institut. Plusieurs toasts ont été portés par MM. Ollier, Bondet, Bouveret, Levrat, Diday, etc. M. Bouveret a parlé au nom des élèves de M. Lépine. M. Ollier a, dans son toast, associé au nom de M. Lépine ceux de trois hommes arrivés aussi récemment à l'Institut, et rattachés par leur origine et leurs travaux à l'école lyonnaise, MM. Chauveau, Ranvier et Bouchard (*Province méd.* nº 32).

Nouveaux journaux. — Nous recevons les premiers numéros du journal « *O Brazil-medico* », revue hebdomadaire de médecine et de chirurgie paraissant à Rio de Janeiro ; sur la direction du Dr Azevedo Sodré et du « *Giornale speciale di farmacie* e chimica clinica » dirigé par le Dr Francesco Arena, revue trimestrielle, paraissant à Naples.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les microbes de la scarlatine.

Les fièvres éruptives considérées, même avant la découverte des bactéries, comme des maladies infectieuses, devaient conduire à la recherche des microbes pathogènes, afin d'obtenir, en les isolant et en les cultivant, des virus atténués inoculables pouvant servir de vaccin.

Cette voie ouverte empiriquement pour la *variole* devait nécessairement attirer sur cette maladie l'attention des pathologistes. Cependant. malgré le degré avancé de nos connaissances sur l'anatomie pathologique de la variole, nous devons avouer que les notions de bactériologie manquent encore de netteté.

On a bien découvert dans la pustule de la variole, comme dans la pustule vaccinale, les mêmes grains arrondis ou légèrement ovoïdes, isolés ou associés, siégeant à la surface des papilles, dans les vacuoles ou à la périphérie des pustules ; mais les divers auteurs qui se sont occupés de la question, Cohn et Weigert (1), Quist (2), Koch et Feiler (3), Voigt (4), n'ont pu isoler un micro-organisme unique dont l'inoculation pût conférer l'immunité vaccinale ; les meilleures recherches ont été faites par Voigt qui a isolé successivement quatre micro-organismes ; une seule bactérie se développant en colonies circulaires a pu être inoculée et servir de vaccin, mais elle donne une éruption vaccinale généralisée et sa virulence s'affaiblit rapidement.

Ses recherches *sur la rougeole* ont permis à Babès (5) de reconnaître dans le sang, dans le mucus nasal, dans la peau et surtout dans le poumon, au cours de la pneumonie rubéolique, la présence de microbes ronds, en 8 ou en chaînettes, de 0 μ, 6 immobiles, brillants, se colorant difficilement par le violet de méthyle B.

L'*érysipèle* qui, à tant de titres, peut être comparé aux fièvres éruptives est causé par des streptococcus en chaînettes. Ceux-ci ont été parfaitement isolés et, Felheisen, avec une méthode très rigoureuse sans doute, mais un peu trop hardie (6), a obtenu la production d'un érysipèle, en inoculant sur l'homme le streptococcus isolé.

Pour ce qui est de la *scarlatine*, la fréquence et la gravité de cette affection en Angleterre devaient attirer tout particulièrement l'attention des savants de ce pays sur la possibilité des inoculations préventives et par conséquent sur la recherche du vaccin de la scarlatine. Plusieurs travaux, en effet, ont paru récemment sur ce sujet, et c'est eux que nons voulons analyser ici.

C'est vers 1869-1872 que paraissent les premiers travaux sur les microbes scarlatineux. Dans leur ouvrage sur les maladies infectieuses, Feltz et Coze (7) attribuent la scarlatine à une bactérie qu'ils ont constatée dans le sang des scarlatineux, mais qu'ils n'ont ni isolée, ni cultivée. Cette bactérie de 6 μ de long sur 2 μ de large est habituellement accompagnée de coccus. Inoculée avec le sang des scarlatineux, au lapin, elle augmente de volume et augmente de virulence.

(1) *Virchow's Archiv.*, t. LV, 1872.
(2) Quist. *Petersb. medic. Wochensch.*, N. 46. 1883.
(3) *Deutsche med. wochen.*, 1883, 34.
(4) Voigt. *Deutsche med. Wochensch.*, 1885, 25 décembre.
(5) Babes, *Adalok a Kanyora et a kangaros tudolab koktanohoz*. 1881 et *arch. phys.*, 15 aout 1883.
(6) Felheisen, *Œtiologie des Erysipels*, Berlin, 1883.
(7) Coze et Feltz. *Maladies infectieuses*, 1872.

En effet, au bout de 15 inoculations successives, la mort qui, au début, ne survenait que 15 jours après l'inoculation ne dépassait plus la 20ᵉ heure. En même temps, la température de l'animal au début, de 40° à 42°, s'élevait à 45°.

Pohl (1) signale des microbes ronds, de 0 μ 5, trouvés par lui dans l'épithélium desquamé ; mais, pour les auteurs ultérieurs, cet organisme se retrouverait dans toutes les desquamations.

Crooke (2) trouve un premier bacille de 25 μ sur 2 ou 3 μ dans le mucus nasal et dans le tissu cellulaire périganglionnaire ; plus tard (3), dans des travaux faits par lui à Halle, dans le laboratoire d'Eberth, il trouve des mono et des diplococcus ; il reprend ensuite ses recherches et les publie plus complètement dans une revue anglaise (4) ; là, il décrit des mono, des diplococcus, souvent agglomérés en zooglées, que l'on retrouve dans le tissu conjonctif péri-pharyngien, dans les ganglions lymphatiques et dans les capillaires sanguins ; à une période plus avancée de la maladie, il trouve des bâtonnets formés de 2, 4, 6 segments qui rappellent le bacille décrit par Koch (5) dans l'œdème malin. Mais, ce micro-organisme ne se retrouve que dans le bubon scarlatineux.

En 1884, Klarmann a décrit également des coccus qu'il avait trouvés dans le sang des scarlatineux pendant une épidémie (6).

Stickler (7) croit avoir découvert un vaccin de la scarlatine en faisant passer le virus scarlatineux successivement par le cheval et par le veau après leur avoir inoculé le sang d'individus en puissance de scarlatine. Ces animaux présentent une éruption avec desquamation et un individu inoculé avec le produit de cette desquamation eut une plaque rouge et fut ensuite rebelle à l'inoculation de la scarlatine humaine. Ce fait nous semble important et doit être rapproché des expériences de Coze et Feltz, où l'inoculation du sang scarlatineux chez le lapin produisit, au lieu de l'atténuation, une augmentation de la virulence du produit. Nous aurons à y revenir lorsque nous mentionnerons un des derniers travaux sur le sujet qui nous occupe, le travail de Klein, de Londres.

L'ouvrage classique de Cornil et Babès sur les bactéries ne fait que mentionner quelques-uns des travaux que nous venons d'énumérer, et ne conclut en faveur d'aucun des auteurs précités. Tel était l'état de la science au commencement de juin 87, quand une monographie importante vint donner une nouvelle impulsion à la question. Nous voulons parler de la communication des Drs Jamieson et Edingtonn, d'Edimbourg (8), dont nous entretiendrons nos lecteurs dans le prochain numéro.

Blanche Edwards.

(1) Pohl. *Centralblatt fur med. Wissenschaf.*, 188[illegible], n° 36.
(2) Crooke. *Lancet*, 1883. n° 5.
(3) Crooke in *Friedländer's Fortschritte der Medicin*, n° 20, 1885.
(4) Crooke in *Birmingham Medical Review. July*, 1886.
(5) Koch. *Mittheilung a. d. kaiserl. Gesundheitsamt*, Berlin. 1881.
(6) *D. medizin. Zeitung*, 24 janvier 1884.
(7) Stickler. *New-York med. Journal*, 28 mars 1884.
(8) Jamieson et Edington. *Observation on a method of prophyllaxis and investigation into the nature of the contagium of scarle fever. British medical.* J. June 11. 87.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er août 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. F. Peuch étudie les effets *de la salaison sur la virulence de la viande de porc charbonneuse.* Telle qu'on la pratique dans les ménages, c'est-à-dire au moyen du sel marin exclusivement, la salaison détruit la virulence de la viande de porc charbonneux. Toutefois il faut, pour qu'il en soit ainsi, que la salaison soit bien complète, ce que l'on reconnaît à la fermeté de la viande, à l'odeur particulière qu'elle exhale et à l'aspect uniformément rouge de la coupe. Si la salaison est incomplète, la virulence persiste.

M. Alvarez décrit un nouveau microbe, déterminant la *fermentation indigotique et la production de l'indigo bleu.* L'indigo est un produit d'une fermentation déterminée par un microbe spécial à forme de bâtonnet capsulé. Cette bactérie indigogène a des propriétés pathogènes et provoque soit une inflammation locale passagère, soit la mort rapide avec congestions viscérales et exsudats fibrineux surtout dans les organes génito-urinaires.

M. de Lacerda donne la description des *formes bactériennes qu'on rencontre dans les tissus des individus morts de la fièvre jaune.* Dans toutes les préparations existe une bactérie répandue partout, ayant l'aspect de chaînettes et la tendance à présenter constamment des formes ramifiées. Cette bactérie est, d'après M. de Lacerda, spécifique de la fièvre jaune : son caractère morphologique permet de ne la confondre avec aucune des bactéries pathogènes décrites jusqu'à ce jour.

M. P. Duroziez signale l'importance *du pouls géminé comme guide dans l'administration de la digitale.* Ce pouls est constitué par des paires de pulsations composées d'une forte et d'une faible, la pulsation faible pouvant disparaître mais existant encore au cœur ; il doit être étudié au cœur, dans les artères et dans les veines. Dans l'administration de la digitale, l'apparition du pouls géminé est un avertissement pour arrêter l'emploi du médicament. Si le pouls de régulier devient géminé, le malade n'a rien gagné : mieux eut valu ne pas employer la digitale. Si le pouls d'irrégulier devient géminé l'effet est suffisant ; le résultat est favorable, mais on doit s'arrêter.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 *août* 1887. — Présidence de M. Gréhant.

M. Chauveau dépose au nom de M. Arloing un travail sur un nouveau mode d'ensemencement des plaques de gélatine. C'est l'application du procédé d'ensemencement dosé, à l'aide d'une pipette graduée, avec une extrémité très effilée, de telle sorte qu'une goutte représente 1/200 ou 1/400 de centimètre cube, et que MM. Arloing et Chauveau avaient autrefois préconisé pour l'ensemencement des bouillons. L'appareil se compose d'une sorte de boîte munie à sa partie supérieure de deux volets laissant une rainure où passe la pipette. La plaque de gélatine étant divisée en carrés, l'appareil fonctionne de telle sorte que chaque goutte de liquide vient tomber sur un carré et juste en son centre. Cet appareil permet ainsi, d'une part, d'ensemencer un espace donné d'une quantité fixe de germes et, en second lieu, la goutte tombant au milieu du carré de gélatine, d'éliminer comme n'appartenant pas au liquide cultivé les cultures germant à la périphérie.

M. Gréhant parle de l'anesthésie des animaux dans les expériences de laboratoire par un mélange d'air, d'oxygène et d'acide carbonique, mélange dans lequel ce dernier gaz entre dans la proportion de 45 0/0. Par ce moyen, on obtient une anesthésie complète en 4 à 5 minutes, anesthésie qu'on peut prolonger pendant 3 ou 4 heures. A la suite de cette anesthésie se passent quelques phénomènes intéressants. Le plus souvent, l'animal qu'on cesse d'anesthésier, reste couché sur le flanc, inerte ; puis, 3 ou 4 minutes après, survient une période d'excitation et l'on observe les phénomènes suivants : l'animal essaie de relever la tête, mais elle retombe aussitôt ; s'il cherche à se mettre sur ses pattes, ses membres antérieurs fléchissent et se mettent en croix, tandis que les postérieurs, d'abord flasques, reviennent rapidement à la vigueur. En général, au bout de dix minutes, l'animal est revenu à lui. Il n'en est pas toujours de même et il est des cas où les animaux succombent. Il ne s'agit pas là seulement d'une question de durée de l'anesthésie ; des animaux succombent au bout d'un quart d'heure d'anesthésie, tandis que M. Gréhant a pu tenir un lapin endormi pendant 4 heures, lapin qui avait subi la même opération la veille, et les deux fois sans accidents. L'animal qui meurt présente toujours un abaissement plus grand de la température centrale que l'animal qui survit, et si l'on recueille l'air expiré dans les deux cas, l'on constate que, chez l'animal qui a succombé, une certaine quantité d'acide carbonique s'est fixée dans les tissus, tandis que dans le ballon d'expiration l'on trouve le mélange gazeux à peu près le même que celui du ballon d'inhalation.

M. Hénocque dépose trois articles du Dictionnaire Encyclopédique sur l'*hématoscopie*, l'*hémoglobine* et l'*hémoglobinurie*.

M. Galippe reprend les objections faites à ses dernières expériences. Pour prouver qu'il se mettait par ses méthodes d'investigation à l'abri des causes d'erreur provenant de l'entrée de micro-organismes, il a ensemencé ses liquides, en se servant des mêmes procédés, avec des corps inertes comme la pierre ponce. Il maintient donc ses conclusions sur la présence normale de micro-organismes dans les végétaux et il a complété la série de ses expériences par l'étude du chou et du chou-fleur.

M. Chauveau croit, comme M. Galippe, que les tissus sains contiennent normalement des micro-organismes, autres que celui de la putréfaction. Il cite, à l'appui de son dire, l'opération du bistournage chez les moutons, qui, extrêmement bénigne la plupart du temps, est quelquefois suivie de suppuration, et il a pu trouver, dans ces cas, des colonies de streptococcus, alors qu'il n'y avait en aucun point, solution de continuité.

M. Ch. Richet rappelle des expériences qu'il a faites avec M. Ollivier sur les poissons. Enfonçant dans les muscles un tube stérilisé, qu'il scellait ensuite à la lampe, il a vu se développer des micro-organismes. Du reste, ne trouve-t-on point partout, dans la lymphe des poissons qui baigne les tissus, les micro-organismes en abondance.

M. Charrin ne croit pas à l'efficacité de la barrière épithéliale; dans les néphrites infectieuses, on trouve des microbes, alors que nulle part le microscope ne montre la porte d'entrée.

M. Grigorescu a compté les globules rouges dans le sang de l'oreille de l'artère et de la veine splénique, et il conclut de ses recherches que la rate détruit et forme en même temps des globules rouges ; elle formerait aussi des globules blancs.

M. Ch. Richet fait une communication sur la respiration polypnéique du chien. La condition nécessaire à une respiration fréquente, c'est que la pression inspiratoire soit réduite au minimum. Si un chien au soleil et muselé respire moins souvent, c'est que dans cet état la langue, refoulée en arrière, obture en partie l'orifice glottique ; ce qui le prouve, c'est que le même phénomène s'observe, si la gueule ouverte on retient la langue en arrière. Il faut, pour qu'il y ait accélération respiratoire, qu'il y ait saturation du sang par l'oxygène ; aussi, si l'air que le chien respire passe par un tube de 1 mètre, la respiration se ralentit, l'air devenant de plus en plus confiné. L'accélération respiratoire est un phénomène d'irrigation bulbaire ; aussi l'accélération de la respiration du chien exposé au soleil est-elle la même lorsqu'on sectionne les pneumogastriques. L'électrisation déterminant des contractions, et, en même temps, une production d'acide carbonique chez le chien exposé au soleil, dans ces conditions, la respiration ne

s'accélère pas. Les mêmes phénomènes s'observent lorsqu'on fait respirer un mélange d'air, d'oxygène et d'acide carbonique. Il faut donc, pour la respiration polypnéique, une minime pression inspiratoire et une saturation maximum du sang par l'oxygène. L'acide carbonique en excès ralentit la respiration.

La séance est levée. GILLES DE LA TOURETTE.

ERRATUM. — M. le Dr Quénu nous prie de faire remarquer que la note présentée dans la dernière séance de la *Société de biologie*, par M. Darier, sur les *vaso-moteurs des lymphatiques,* doit être rapportée à MM. QUÉNU et DARIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 août 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. FÉRÉOL, à l'occasion du procès verbal, tient à renouveler sa protestation de la dernière séance, relativement aux faits accusateurs et intéressés produits par M. Peter dans la discussion sur le surmenage. Ces faits ne doivent pas être regardés comme des observations médicales, mais comme des attaques personnelles contre l'Université. A ce dernier titre, ils n'auraient pas dû être communiqués à l'Académie.

Suite de la discussion sur le surmenage.

M. LAGNEAU pense que les médecins appelés à constater les effets de l'application des programmes scolaires sur les enfants, sont parfaitement compétents pour en demander la modification, en s'adjoignant pour cela les plus hauts fonctionnaires de l'Université. Nous ne sortons pas de notre rôle en indiquant les mesures hygiéniques à apporter d'une part au surmenage intellectuel, et, d'autre part, à la sédentarité dans les écoles.

M. TRÉLAT ne croit pas beaucoup aux inconvénients du surmenage, mais croit beaucoup aux inconvénients du malmenage. Il ne pense pas que le cerveau de nos enfants soit surmené par un excès de travail intellectuel, mais il croit que ceux-ci sont mal dirigés, mal menés. En un mot le corps n'est pas assez développé. M. Trélat formule les conclusions suivantes, qu'il soumet à l'approbation de l'Académie : « L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier conformément aux lois de l'hygiène et aux exigences du développement physique des enfants et des adolescents, le régime actuel de nos établissements scolaires. Elle pense : que les collèges et lycées pour élèves internes doivent être installés à la campagne ; que les salles de classe doivent jouir d'un éclairage et d'une aération calculés pour leur capacité et le nombre d'élèves qui doivent y séjourner : que les moyens de propreté personnelle et générale : lavabos, bains, water-closets, circulation régulière et enlèvement des immondices et impuretés de toute nature doivent être installés irréprochablement ; que de larges espaces bien exposés doivent être réservés pour les récréations. Sans s'occuper du programme d'études dont elle désire, d'ailleurs, la simplification, l'Académie insiste particulièrement sur les points suivants : accroissement de la durée du sommeil pour les jeunes enfants ; pour tous les élèves diminution du temps consacré aux études et aux classes c'est-à-dire à la vie sédentaire et augmentation proportionnelle du temps des récréations et exercices ; nécessité impérieuse de soumettre tous les élèves à des exercices quotidiens d'entraînement physique proportionnés à leur age : marches, courses, sauts, formations, développements, mouvements réglés et prescrits, gymnastique avec appareils, escrime de tous genres, jeux de force, etc. »

M. HARDY formule les conclusions suivantes qui se rapprochent de celles de M. Trélat, mais en élaguant les détails : « L'Académie, préoccupée des mauvaises conditions hygiéniques de la plupart des lycées qui existent dans les grandes villes, pense qu'il serait désirable que ces établissements, destinés à recevoir des élèves internes, fussent transportés à la campagne, dans un espace plus en rapport avec le nombre des élèves qu'ils doivent contenir ; estimant également que la trop grande sédentarité et la trop longue durée des travaux intellectuels peut nuire à la santé et au développement physique des enfants et des jeunes gens, elle recommande, pour diminuer le travail exigé des élèves, l'allègement des programmes universitaires, et elle voudrait voir donner plus de temps aux promenades en plein air et aux exercices du corps.

Après un échange d'observations entre plusieurs membres de l'Académie les conclusions proposées par M. Trélat sont mises aux voix et adoptées avec quelques modifications motivées par les réflexions de MM. Hardy et Brouardel.

M. BERGER fait une communication sur l'*enlèvement des fragments et la suture métallique à fils perdus dans le traitement des pseudarthroses du fémur.* A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE.

Séance du 4 août 1887. — PRÉSIDENCE DE M. PETITHAN. — SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : M. SCHIFFERS.

M. FRAIPONT présente une malade qui a été guérie d'une fracture de l'olécrâne au moyen de la suture osseuse. Il montre un kyste simple de l'ovaire qui a été enlevé à la clinique chirurgicale au mois de juin dernier. La tumeur avait contracté des adhérences larges et très vascularisées avec le grand épiploon. Celles-ci enlevées, la tumeur se trouva enlevée, car il n'y avait pas de pédicule. L'ovaire manquait du côté gauche.

Pour M. Fraipont, le kyste, rattaché au ligament large par un pédicule long et grêle, sera tombé dans le ventre (en besace), et, sous l'action de la pesanteur, le pédicule se sera rompu ; pendant ce temps, la tumeur contractait des adhérences avec l'épiploon, adhérences assez vascularisées pour servir à sa nutrition.

M. JORRISSENNE donne lecture d'une communication sur le traitement abortif de la furonculose. Il y a quelques années, M. Jorrissenne injectait, au début de la formation du furoncle, au moyen d'une seringue de Pravaz, quelques gouttes d'eau phéniquée à 3 0/0. La canule était enfoncée directement au centre du furoncle. Ce moyen a toujours réussi à enrayer la marche de l'affection ; mais il causait des douleurs intolérables bien que passagères. Plus tard, l'auteur employa des frictions au moyen de l'acide borique, mais il eut le même inconvénient. Il fut ensuite conduit à employer le précipité rouge, soit en poudre, soit en pommades. Quel que soit l'excipient, le médicament a toujours réussi, bien que la pommade ne contint que 1 0/0 de matière active.

M. FRAIPONT fait une communication sur la dilatation utérine en gynécologie. Il se sert surtout de tiges de laminaria rendues aseptiques. Pour obtenir ce résultat, il plonge les tiges dans de l'éther iodoformé et ne les retire qu'au moment de l'opération. Par ce traitement, la laminaria devient beaucoup plus souple, se prête donc mieux à l'incurvation du canal cervical de l'utérus. De plus, il devient un peu rugueux et reste par conséquent fixé, malgré les efforts du muscle utérin. — La dilatation est complétée par les tiges de Hégar, en caoutchouc durci, et on a ainsi, sans instruments, une méthode sûre, rapide, et exempte de dangers. Dr V. DEWEZ.

REVUES DES MALADIES DU LARYNX ET DU NEZ

I. **Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine** ; par V. OLENT. — Paris, 1887.

II. **Le vertige nasal** ; par JOAL. — Paris, 1887.

III. **Ueber die Verhinderung der Granulombildung nach der Tracheotomie** (*Wien. med. Woch.* 1, 2 et 3).

I. Existe-t-il dans l'évolution de la scarlatine, deux sortes de productions pseudo-membraneuses sur les amygdales et le pharynx : l'une angine diphthéritique vraie ; l'autre angine purement scarlatineuse, quoique accompagnée de fausses membranes. Si Lasègue, Trousseau, Archambault Rilliet et Barthez, Laboulbène et Cornil ont admis que l'amygdale, dans l'angine scarlatineuse, paraît se cou-

vrir d'une fausse membrane, semblable à celle de la diphthérie. Peter, Cadet de Gassicourt, soutiennent la doctrine de l'identité. Trousseau lui-même, à la fin de sa carrière, semble avoir adopté cette deuxième opinion. Voici quels sont les principaux caractères de ces deux variétés d'angines. L'angine diphthéritique vraie semble due surtout à la contagion ; la diphthérie ne vient compliquer l'angine scarlatineuse que lorsqu'il y a dans la contrée une épidémie de scarlatine. Au contraire, l'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique n'est point l'effet d'une contagion. Elle se développe dès le premier ou le second jour d'éruption et se termine avec la desquamation, tandis que l'angine diphthéritique vraie apparaît tardivement avec la desquamation, ou, encore plus tard, pendant la convalescence. La fausse membrane non diphthéritique apparaît sur une muqueuse cramoisie, tranchant par sa couleur blanchâtre sur un fond livide ; l'autre se montre sur une gorge presque revenue à l'état normal. La première devient rarement sanieuse, contrairement à la seconde. La diphthérie vraie remonte souvent dans les fosses nasales, envahit le larynx et respecte le plus souvent l'appareil auditif. L'auteur dit même n'avoir jamais trouvé d'exemples de complications du côté de l'oreille, dans les nombreuses observations qu'il a parcourues. La lésion de l'oreille n'est cependant pas si rare ; avec un certain nombre d'auteurs, principalement étrangers, nous avons eu l'occasion de constater et de voir à l'autopsie que l'oreille moyenne était envahie par les produits diphtéritiques ; mais comme l'attention du médecin n'est pas souvent attirée de ce côté, on néglige l'examen de l'appareil auditif, et c'est la seule raison pour laquelle on ne trouve pas de complications du côté de l'oreille. La pseudo-membrane non diphthéritique envahit le nez et se propage vers la trompe d'Eustache en restant limitée, dans tous les cas, à la partie inférieure du pharynx. Le cou est gonflé, l'haleine est fétide, le visage est pâle, dans l'angine vraie (tous caractères d'une infection générale et profonde) ; dans l'autre, le malade se plaint de douleur pharyngée, de dyspepsie : ici le cou est moins gonflé. Le pronostic presque fatal dans le premier cas, est, au contraire, bénin dans le second. Ces deux variétés d'angine pseudo-membraneuse peuvent s'accompagner d'albuminurie. Une série de quatorze observations viennent appuyer l'opinion de l'auteur.

II. L'auteur veut établir que certains états vertigineux sont tributaires d'affections passagères et permanentes des fosses nasales, comme l'ont déjà signalé Michel, Hach, Massei, Hering, Gennaro. Ces affections, qui donnent lieu au vertige, sont les fluxions nasales, le coryza aigu, le catarrhe hypertrophique, les polypes muqueux et le catarrhe de l'arrière-cavité nasale. Ces réflexes se développent surtout chez les individus nerveux et sont accompagnés de troubles de la vue, de mouches volantes, d'hémicranie, de nausées, de vomissements, d'hypochondrie, de paresse intellectuelle, de cauchemars, de crises dyspnéiques, de sécrétions exagérées, de syncopes, de faiblesse du pouls et de pâleur de la face.

III. Le P. Stoerk regarde comme un obstacle à l'enlèvement de la canule après la trachéotomie : 1° la parésie des muscles laryngiens chez les enfants qui ont perdu l'habitude de respirer par la glotte : 2° la formation de granulomes qui viennent mettre un obstacle à l'entrée du courant d'air sur le larynx qu'elles rétrécissent. Ces granulomes se développent surtout dans la partie sous-glottique et au niveau de la paroi postérieure du larynx, aux points où la muqueuse est encore humectée et aux parties qui manquent de cellules épithéliales. Cette dégénérescence de la muqueuse est favorisée par la suppression du rôle respiratoire du larynx. P. Stoerk ajoute que la muqueuse n'est plus qu'une plaie suppurante sur laquelle se développent avec facilité des bourgeons charnus. Pour éviter la production de ces granulations, il propose de faire usage de canules percées de trous sur les côtés qui regardent les cordes vocales : de cette façon l'air viendra au contact des ligaments vocaux.

J. BARATOUX.

CORRESPONDANCE

Lettre de Vienne.

Vienne, 2 août 1887.

Monsieur le Rédacteur en chef.

M. le professeur de FLEISCHL vient d'émettre une théorie très intéressante sur la *participation du cœur dans l'acte de la respiration*. Il avait montré dans une communication antérieure qui avait été également faite à la *Société Médicale Império-Royale* que sous certaines conditions des constituants chimiques étaient mis en liberté de leurs combinaisons quand les substances en question étaient soumises à un choc soudain et énergique. Il avait prouvé par un grand nombre d'expériences que l'acide carbonique du sang du ventricule droit était rendu libre par suite du choc que le cœur imprimait au sang dans chaque systole. Il tâche maintenant de démontrer l'importance du choc du cœur pour le sang du ventricule gauche. D'après M. de Fleischl l'oxygène de l'oxyhémoglobine est mis en liberté, par suite du choc communiqué au sang du ventricule gauche dans l'action du cœur. Le sang veineux, c'est-à-dire le sang qui, après sa circulation dans l'organisme a reçu une couleur plus foncée que le sang artériel, n'était pas exempt d'oxygène, il était seulement devenu plus riche en acide carbonique et plus pauvre en oxygène, mais deux tiers de son contenu d'hémoglobine, sont toujours combinés avec de l'oxygène. L'oxyhémoglobine étant d'après M. de Fleischl une combinaison si constante que l'affinité des tissus organiques pour l'oxygène n'est pas suffisante pour le rendre libre ; le sang qui, ainsi chargé d'oxyhémoglobine, entre dans le ventricule gauche reçoit ici un choc soudain et énergique par suite duquel l'oxygène est rendu libre de sa combinaison avec l'hémoglobine de la même manière que l'acide carbonique est rendu libre du sang du ventricule droit, par conséquent par l'action du cœur. Le sang du ventricule gauche ne contient donc plus d'oxyhémoglobine, mais seulement de l'oxygène libre. Il serait même très étrange d'avoir une telle force motrice cardiaque dans le simple but de chasser le sang mécaniquement dans le système vasculaire ; une telle action aurait pu être mieux produite par une « vis a tergo » qui augmente de force graduellement, que par l'arrangement du cœur avec les grandes oscillations de la pression du sang dangereuses pour la vie et donnant souvent lieu à des apoplexies mortelles. Le choc du cœur doit donc avoir encore un autre effet, et cet effet M. de Fleischl l'a trouvé dans le rôle qu'il joue dans le mécanisme de la respiration. Voilà quelques-uns des arguments par lesquels M. de Fleischl soutient sa nouvelle théorie de la respiration. L'oxygène ne peut pas être rendu libre d'une solution d'oxyhémoglobine, à une température de 0° à 10° *Celsius*, pourvu que la solution ne soit pas énergiquement secouée ; l'agitation avec la cuiller seule ne suffit pas, mais il faut que la solution reçoive des chocs réitérés et énergiques pour que l'oxygène soit mis en liberté.

C'est un fait que connaissait déjà Pflüger, mais qui n'en avait pas donné l'explication correcte. — Secondement, il était connu qu'approximativement le sang formait un tiers du volume du foie et que les autres deux tiers étaient formés de parenchyme ; pourquoi donc, demande M. de Fleischl, un organe si inondé de sang a-t-il besoin d'une artère hépatique qui est, comme on le sait, si mince en comparaison avec la veine-porte ? Pourquoi le tissu hépatique subit-il un processus nécrobique après la ligature de l'artère hépatique ? L'explication de ce fait est donnée par la théorie de M. de Fleischl. Le sang de l'artère hépatique contient de l'oxygène libre, tandis que le sang de la veine porte, quoique la quantité du dernier fut beaucoup plus grande que celle du sang de l'artère hépatique, contient de l'oxygène qui est dans une telle combinaison fixe avec l'hémoglobine que le tissu hépatique n'en tire aucun profit.

En dehors de ces faits, dit M. de Fleischl, on savait par les expériences de Claude Bernard, Stricker et Albert que le sang du ventricule gauche était plus froid que celui de la partie droite, qu'il y avait là une différence de quelques dixièmes de degré. On avait expliqué ce fait en supposant que le sang qui circulait à travers les poumons perdait une partie de sa

chaleur à cause de l'évaporation et par le contact avec l'air atmosphérique qui avait été inspiré. Heidenhain, cependant, avait démontré que cette explication n'était pas correcte. Il avait soumis des animaux à la respiration artificielle et leur avait fait inhaler de l'air chauffé auparavant et saturé de vapeurs aqueuses; une différence de la température du sang des deux ventricules fut pourtant constatée. La nouvelle théorie de respiration de M. de Fleischl, explique le phénomène en question,

On savait que, dans les cas d'oxydation chimique, de la chaleur se développait, tandis que du froid était produit dans tous les cas dans lesquels des combinaisons chimiques sont détruites. Quant aux poumons, le sang se combine ici avec le tiers de son hémoglobine avec l'oxygène et c'est par cette raison que le sang des poumons est plus chaud que celui du ventricule droit. Dans le ventricule gauche du cœur, la combinaison de l'oxyhémoglobine est détruite et voilà pourquoi le sang de ce ventricule est plus froid que celui de la partie droite du cœur ou que celui des veines pulmonaires. Dans l'aorte, aucune réoxydation considérable n'a lieu et le sang est toujours sous l'influence du choc du cœur ce qui est la cause que le sang aortique est encore plus froid que celui du ventricule gauche (une différence de deux dixièmes) et que ce sang est le plus froid. M. de Fleisch mentionne encore d'autres faits qui sont une preuve de l'exactitude de sa théorie et annonce qu'il publiera en automne une œuvre sur ce sujet dans laquelle il donnera les autres détails.

M. Hoffmann, directeur de l'Hôpital général de Vienne a été mis à la retraite sur sa propre demande, et M. le Prof. Böhm, ancien directeur du « Rudolph-Spital » (de Vienne) a été nommé Directeur de l'Hôpital général.

Le président du comité d'organisation du Congrès international d'hygiène et de démographie, M. Schneider, a renoncé à son poste à cause de sa mauvaise santé, et M. le Pr Ludwig, doyen de la Faculté de médecine de Vienne, a été élu président à sa place. Le nombre des membres du Congrès a beaucoup augmenté dans les derniers jours, de sorte qu'on en compte à présent 960, chiffre qui surpasse celui de tous les autres Congrès internationaux d'hygiène.

M. le Dr Ludwig Rydygier (de Culm), a été nommé professeur ordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Cracovie, en remplacement de M. le Pr Mikulicz, appelé à Königsberg.

La mortalité en Hongrie. D'après les statistiques du « Physicus » Dr Charles Wesselowszky sur la « mortalité prématurée de la population hongroise », la mortalité en Hongrie est à présent la même qu'il y a 30 ans (36 0/0). La mortalité des adultes et des enfants est en Hongrie plus grande que dans les autres Etats. La plus grande mortalité est constatée chez les enfants âgés de moins d'un an; puis chez les individus âgés de 50 à 60 ans. 25.679 individus meurent annuellement à l'âge de 5 à 15 ans; 3.797 à l'âge de 15 à 20 ans; 6.800 de 30 à 40 ans; 5.600 de 40 à 60 ans. Quant à l'augmentation de la population, la Hongrie occupe entre 29 Etats la 21e place.

Veuillez agréer, etc. Leibowitz.

BIBLIOGRAPHIE

Despre Dilatatia stomacului si a Colonului iliac (Sur la dilatation de l'Estomac et du Colon iliaque); par le Dr Stefan Possa, Jassy (Roumanie), 1887.

Ce mémoire présenté pour le concours de médecin en chef des hôpitaux de l'Ephorie-Saint-Spiridon (Hôpital Targu-Ocna), est divisé en plusieurs chapitres. D'après le titre même on peut comprendre que M. Possa se propose d'étudier non seulement la dilatation propre de l'estomac, mais aussi celle de l'S iliaque s'appuyant sur un assez grand nombre d'observations dont 22 sont publiées dans le texte, l'auteur soutient avoir rencontré la dilatation de l'S iliaque seulement lorsqu'il y avait aussi dilatation de l'estomac, avec la seule différence que la première est de beaucoup plus rare que la dernière. Après un historique assez complet où l'auteur passe en revue les diverses observations et mémoires publiés jusqu'à ce jour, M. Possa étudie dans un long et très intéressant chapitre l'étiologie et la pathogénie de la dilatation. En effet, niant tout d'abord l'existence de la dilatation aiguë, il passe à l'étude de la dilatation chronique et, après avoir bien exposé les idées des différents auteurs (G. Sée, Bouchard, etc.), M. Possa nous fait connaître l'influence abominable du mauvais régime alimentaire sur l'origine de la dilatation de l'estomac. A cette occasion, il prend comme exemple ce qui se passe en Roumanie et l'auteur prétend que dans certains internats de nos écoles l'intervalle entre les heures des deux repas (déjeuner à midi et dîner à 5 heures) est trop court, à quoi il faudrait encore ajouter les mets mal préparés et surtout l'excessive quantité de sauces fort diluées. Il résulte de là que la plupart des élèves sortent de table sans être rassasiés, et pour satisfaire leur appétit ils vont en masse acheter chez le concierge des gâteaux et bonbons de la plus mauvaise qualité. Arrivés à l'Université, tous ces élèves continuent le même écart de régime et sous différentes formes, selon que l'étudiant est pauvre ou riche. M. Possa insiste également, et avec beaucoup de raison, sur une mauvaise habitude importée de la Turquie et qui existe presque partout en Orient : c'est l'habitude d'être servi avec de la confiture et du café turc aussitôt qu'on s'en va en visite et cela à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Si l'on songe que ces visites peuvent avoir lieu immédiatement après les repas et qu'on peut visiter plusieurs connaissances dans l'intervalle de 2 à 3 heures, on ne peut que déplorer le pauvre estomac qui est ainsi forcé d'avaler plusieurs cuillerées de confitures et quelques grands verres d'eau (environ 400 gr. chacun) suivis presque sûrement d'une petite tasse de café; ajoutons que ces confitures préparées avec tous les fruits imaginables, et même avec certaines roses, peuvent être fermentées et d'un assez mauvais aspect : mais refuser de la confiture, c'est souvent presque une offense portée au maître de la maison. Prenant en considération tout ce qui vient d'être dit, M. Possa soutient, contrairement à l'opinion de certains médecins, que les liquides peuvent provoquer la dilatation de l'estomac, car, dit l'auteur, tant qu'a lieu la digestion stomacale, l'orifice pylorique se trouve fermé et par conséquent les liquides avalés ne peuvent que se mélanger aux différentes substances alimentaires et distendre l'estomac. C'est aussi le cas pour ceux qui boivent beaucoup pendant les repas. En parlant du paysan roumain, M. Possa trouve qu'il se nourrit de ce qu'il y a de plus indigeste, surtout pendant les 4 carêmes; même des personnes bien élevées se nourrissent pendant des semaines seulement avec des pommes de terre, des haricots blancs et verts, des pois, des choux et d'autres mets encore de plus en plus mauvais pour l'estomac. Après avoir insisté encore sur d'autres points de l'étiologie, M. Possa décrit la fréquence de la dilatation de l'estomac et, après une symptomatologie claire et complète, munie aussi d'une planche pour montrer les nodosités de Bouchard, il passe à l'étude de la dilatation gastro-colique. En lisant les différentes observations on trouve des cas où les malades refusent de prendre la soupe sous prétexte de se trouver plus mal, ce qui s'expliquerait bien par les considérations données à propos de la pathogénie. A cette occasion nous pouvons ajouter qu'il existe en Roumanie une mauvaise habitude de prendre comme potage une espèce de soupe plus ou moins aigre connue sous le nom de *borsche* (et qui n'est autre autre chose que la décoction d'un liquide résultant de la fermentation du son avec de l'eau bouillante et apprêtée avec toute sorte de viande, poisson ou légumes). Il est évident que l'absorption presque habituelle (surtout aux paysans) de cette soupe ne peut qu'aggraver une dilatation, la provoquer même et être la cause aussi des différents genres de dyspepsie. En général, on peut dire que l'alimentation des Roumains est composée de mets assez difficiles à digérer, car à part les viandes apprêtées avec toute espèce de sauces, on mange aussi de la viande de porc et du canard, de l'oie, beaucoup de farineux, du riz, des légumes secs, etc., en un mot des plats presque impossibles à bien digérer; ce qui fait que beaucoup de Roumains sont sujets à des troubles de l'appareil digestif. A propos de la dilatation du côlon iliaque M. Possa prétend qu'il a trouvé par la palpation de la fosse iliaque gauche un bruit de clapotage, analogue à celui de l'estomac, qui serait, pour ainsi dire, pathognomonique et qu'il désigne sous le nom de *clapotage iliaque*. Après le diagnostic et le pronostic M Possa passe à l'étude du

traitement, où il discute les opinions des différents auteurs et proscrit, d'une façon presque formelle, l'usage d'ingérer beaucoup de liquide et même de la soupe, ce à quoi il faudrait ajouter aussi le borsche. Comme il existe en Roumanie une mauvaise habitude, importée de l'Allemagne, d'ordonner des eaux minérales à tort et à travers et cela dans presque toutes les maladies chroniques de l'estomac ou d'autres viscères, nous pensons que cet abus devrait être banni de la pratique de certains médecins qui, en prescrivant aux malades des eaux de nom plus ou moins bizarre, se croient assez heureux d'être appelés célèbres (sic) par les ignorants. Nous ne parlons pas de cette catégorie de malades qui, allant à la source, se croient obligés de beaucoup boire pour se rattraper sur les dépenses; ceux-là sont des avares, qui ne voulant pas consulter le médecin, se font malheureusement plus de mal que de bien.

Dr Negel.

Observation d'un cas exceptionnel de rétrécissement tricuspide, diagnostiqué pendant la vie du malade; par Torres Homem, professeur de clinique médicale, à Rio-Janeiro. Traduction par Souza Leite, interne des asiles.

Dans la *Revista de medicina e de cirurgia* de Rio, décembre 1884, p. 135, M. le professeur Torres Homem a publié une leçon clinique dont le sujet lui fut fourni par un malade porteur d'un *rétrécissement de l'orifice tricuspide*, sans altération notable des autres orifices cardiaques. La nécroscopie confirma le diagnostic de M. T. Homem.

Nous allons résumer ici la leçon et l'observation qui la motiva.

Antonio C., *fluminense* (1), 30 ans, homme de peine, entre dans le service de M. le professeur Homem, le 22 mars 1884.

Pas de rougeole, ni aucune des maladies sérieuses fréquentes dans l'enfance. Rhumatisme articulaire aigu à deux reprises. Abus des boissons alcooliques, eau-de-vie de canne à sucre, etc. Pas de signes syphilitiques. Pas d'altérations notables des organes respiratoires. Un jour, après un travail excessif, il s'aperçoit d'une légère enflure dans les deux jambes; cet œdème augmenta peu à peu, envahit les cuisses et l'hypogastre et l'empêcha de continuer sa rude besogne. Gêné dans ses mouvements il prit le lit et, quelque temps après, il fut admis à l'hôpital. *Symptômes du malade à son entrée :* anasarque (membres inférieurs plus gonflés que les supérieurs), dyspnée, toux, œdème un peu prononcé des parois thoraciques, en rendant la percussion malaisée; augmentation de la matité cardiaque; son obscur sur une étendue de six centimètres à la base du cœur et à droite de la première pièce du sternum; pointe du cœur à dix millim. environ en dedans du mamelon gauche; pas de frémissement cataire; affaiblissement des pulsations cardiaques.

Pouls régulier, petit, concentré, turgescence des veines jugulaires qui sont le siège de mouvements ondulatoires; pas de pouls veineux vrai.

A l'auscultation des poumons, quelques râles sous-crépitants aux deux bases; à l'auscultation du cœur, souffle âpre et court, diastolique; le quatrième jour de son entrée, le souffle, tout en conservant ses caractères, devint présystolique, c'est-à-dire qu'on l'entendait d'une façon évidente à la fin du repos du cœur, immédiatement avant la systole ventriculaire. Ce bruit avait son maximum d'intensité au niveau de l'articulation du sternum avec l'appendice xyphoïde; il s'étentait à deux centimètres environ en haut et à droite du foyer tricuspidien. Pas d'autre bruit de souffle dans la région précordiale. Langue saburrale, dysorexie.

Augmentation générale du volume du foie à la percussion. Ascite médiocre.

Six cents grammes d'urine en vingt-quatre heures; acidité presque continuelle des urines ne contenant ni sucre ni albumine. Dix-huit grammes environ d'urée par litre d'urine. Pas de symptômes cérébraux, ni médullaires.

Diagnostic : rétrécissement de l'orifice tricuspidien, sans insuffisance de la valvule correspondante.

Pronostic : Pas de chance de survie.

Traitement : Pilules d'un centigramme de (1) *cayaponine* (une toutes les trois heures); potion de digitale (un gramme de poudre pour 100 gr. d'eau bouillante). Six jours après, potion diffusive et deux vésicatoires aux cuisses. Deux litres de lait par jour. Ce traitement est continué jusqu'à sa mort, qui fut précédée d'un coma progressif et eut lieu le soir du 6 avril, après trois jours d'une insomnie rebelle.

Autopsie pratiquée le 7 à 10 heures du matin, 15 heures après la mort. Grande infiltration du tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Foie très augmenté de volume, résistant à la pression, muscade. Reins présentant une forte congestion, violacés; pas d'adhérences prononcées avec leurs capsules. Adhérence entre la plèvre gauche et le péricarde contenant à peu près cent grammes de sérosité un peu louche. Cœur nettement hypertrophié, pâle et friable; oreillette droite presque triplée de capacité, ses parois un peu épaissies. Les autres cavités cardiaques commencent à se modifier, surtout dans leur volume.

On constate, au niveau de l'orifice tricuspidien, un *bourrelet fibreux* assez marqué pour que la comparaison avec son congénère gauche frappe facilement l'attention. Ce bourrelet est plus évident du côté de l'oreillette; *le petit doigt* (*dêdo mínimo*) *n'y pénètre qu'avec peine.* Valvule correspondante intacte. Rien de bien notable pour les autres orifices. Poumon très œdémateux.

Remarques. — Un premier détail de grande importance, c'est que le rhumatisme et l'alcoolisme n'ont pas compromis l'endocarde des cavités gauches du cœur, tandis qu'ils ont porté leur influence nocive sur la partie de la séreuse constituant en partie l'anneau tricuspide; la *triglochyne* n'étant pas atteinte. Cela constitue une anomalie pathologique et une curiosité clinique vraiment remarquables. Pour les expliquer, on ne voit réellement d'autre cause que les efforts musculaires prolongés, auxquels le malade était forcé par son métier.

Le second détail consiste en ceci : On sait que le souffle des sténoses auriculo-ventriculaires est, dans la grande majorité des cas, présystolique; pourtant chez Ant. le rétrécissement produisait un souffle franchement diastolique. Quelques jours après, l'asthénie cardiaque est très marquée et alors le souffle devient présystolique; ce changement dans le moment où se produisait le souffle est lui-même assez singulier, car à cette période des affections cardiaques les lésions ne provoquent souvent aucun signe sthétoscopique.

La rapidité avec laquelle l'anasarque s'est constituée, son intensité, la turgescence des jugulaires et leurs ondulations, voilà autant d'indices qu'on avait affaire à une lésion du cœur droit. L'absence de souffle au premier temps, celle du vrai pouls veineux et de la pulsation hépatique nous ont amené à ne pas admettre une insuffisance tricuspide. Enfin la dilatation de l'oreillette droite, le temps de la révolution cardiaque dans lequel on entendait le souffle, limité à l'appendice xyphoïde, nous ont autorisé à admettre un rétrécissement tricuspidien.

Le siège de la lésion rend compte de l'absence de bronchite et de congestion pulmonaire constatée à la nécroscopie. L'œdème des poumons s'explique par l'énorme difficulté qu'éprouvait la circulation centripète générale, difficulté expliquant aussi l'anasarque.

Nous ne croyons pas que l'adhérence de la plèvre avec le péricarde ait pu avoir beaucoup d'influence sur l'état du patient, non seulement parce qu'elle n'était pas très étendue, mais parce que la lésion orificielle pouvait, par elle-même, produire les symptômes constatés du vivant du malade : *ubi est major cessat minor.*

Il est probable que la mort a été causée par un épanchement cérébral assez rapide interstitiel et ventriculaire (2).

(1) Né à Rio, de *flumen inis,* fleuve.

(1) Cayaponine, alcaloïde (?) de *cayapenia calecla,* famille des *cucurbitacées.* Elle pousse à Rio et à Minas où on la nomme *purgado gentio.*

(2) Dans un des numéros de janvier 1887 de l'*Union médicale,* M. le docteur Malibran a publié un cas très rare *d'insuffisance tricuspidienne* diagnostiqué également par M. Durozsiez. Il forme le pendant naturel de l'observation que nous traduisons; leur rapprochement ne saurait passer inaperçu et présente un vif intérêt au point de vue de l'histoire morbide du cœur veineux.

Album clinico de Dermatologia; par le Dr D. Jeromimo Perez Ortez.

Cette belle publication, dont nous avons signalé à nos lecteurs les premiers numéros lors de leur apparition, et qui est maintenant complète, forme un volume comprenant 300 pages de texte environ et 64 planches en chromolithographie. Se proposant de faire un ouvrage éminemment clinique, moins coûteux que les grands atlas de Dermatologie, et susceptible pourtant de fournir aux praticiens et aux étudiants des notions suffisantes sur les principales maladies de la peau, le Dr D. Jeromino Perez Ortez a systématiquement renoncé à toute classification méthodique, et il s'est contenté de décrire et de faire figurer, suivant l'ordre fortuit où ils s'offraient à ses observations, une série de types des affections cutanées qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique. L'album proprement dit est précédé d'une cinquantaine de pages de « *Notions générales sur les maladies de la peau* » : historique, classification, anatomie de la peau, séméiologie des affections cutanées, évolution, pronostic et thérapeutique. Viennent ensuite les planches, accompagnées chacune de trois ou quatre pages de texte. Ce texte se divise en deux parties : la première est consacrée à l'histoire clinique du malade qui a servi de modèle au dessinateur; la seconde est un résumé substantiel de tout ce qui se rapporte à la nature, aux variétés, à l'étiologie, à la symptomatologie et au traitement de la maladie, envisagée à un point de vue général. Cet ouvrage fait grand honneur à notre confrère de Madrid, et nous sommes convaincu qu'un franc et légitime succès le récompensera de la peine qu'il a prise pour mener à bien, dans un temps relativement fort court, une aussi importante entreprise. Il y aurait injustice flagrante à terminer ce court aperçu sans adresser de sincères éloges au dessinateur de talent D. Eusebio de Letre, que le Dr Ortez s'est adjoint comme collaborateur pour la partie artistique de l'ouvrage, et sans féliciter également le Dr Uleria, le sympathique directeur de la *Revista de Medicina y Cirurgia practicas*, sous les auspices duquel ce superbe album a été publié. Ch. H. P. V.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

On lit dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 3, 15 août 1886.

Les principes de la liberté professionnelle et la règle absolue du secret médical imposent au médecin l'obligation d'ordre public de se refuser à la délivrance de tout certificat constatant les causes de la mort du client qu'il a traité, alors même que ce certificat serait exigé par une Compagnie d'assurances sur la vie, préalablement à tout versement de capital assuré. La police qui renferme une telle clause n'est pas opposable au médecin, qui est un tiers au regard du contrat d'assurance de son client Le secret étant personnel au client décédé, personne et principalement le tuteur des héritiers mineurs n'a le droit d'en relever celui qui l'a reçu, en admettant même, contrairement à la jurisprudence, que ce droit put appartenir au client lui-même

Un syndicat de médecins a qualité pour ester en justice, alors du moins qu'aucune des parties en cause ne s'y est apposée (1).

Attendu que la compagnie d'assurances sur la vie *Le Monde*, après avoir assuré le sieur Jean Félix Nicolle, aujourd'hui décédé, pour une somme de dix-mille francs, élève la prétention en se fondant, parait-il sur un article de ses statuts, de ne verser la somme qu'elle doit aux héritiers Nicolle que sur le vu d'un certificat de médecin constatant le genre et la durée de la maladie qui a entrainé la mort de son assuré.

Attendu que Truffault, tuteur des héritiers, les mineurs Nicolle, agissant évidemment à l'instigation et sous la pression de la compagnie d'assurances, a assigné le Dr Boutan qui a soigné l'assuré pendant le temps de sa dernière maladie, pour le contraindre à donner le certificat demandé; que le médecin se retranchant derrière le secret professionnel qui lui est imposé, se refuse absolument à donner le certificat dont s'agit et a appelé en garantie le Syndicat des Médecins du Havre, qui a prescrit à tous ses membres de ne fournir ni directement ni indirectement aucuns certificats de cette nature aux compagnies d'assurances sur la vie.

Attendu que, si on admet que le client d'un médecin peut, dans certains cas relever celui-ci du secret professionnel qui lui est imposé par la loi sous des peines sévères, il semble que ce doit être dans tous les cas un droit absolument personnel, qui ne peut se transmettre aux héritiers et, spécialement dans l'espèce actuelle à un tuteur de mineurs qui pourrait compromettre et autoriser maladroitement la révélation des secrets de nature à nuire à leur avenir.

Attendu qu'aux termes d'une jurisprudence constante, celui que la loi oblige au secret professionnel est seul juge dans son âme et conscience de la question de savoir s'il a été, ou non, consulté sous le sceau du secret; que, dans l'espèce le Dr Boutan affirme qu'il se considère comme abstreint au secret et qu'il ne peut dès lors, sous aucun prétexte, être contraint de violer ce secret, qu'on ne s'explique vraiment pas d'ailleurs comment, alors que le ministère des médecins n'est pas obligatoire et que les familles ne peuvent exiger d'eux certaines révélations, des compagnies d'assurances sur la vie peuvent avoir l'étrange prétention d'obliger ces médecins à fournir des certificats et à violer en leur faveur le secret qu'il sont tenus de garder...

Attendu que l'appel en garantie du Syndicat des Médecins du Havre a été nécessité par les prétentions reconnues mal fondées de Truffault qui, succombant, doit supporter tous les dépens.

Plaidants Me de Grandmaison pour Truffault.
— Me Pellerin pour le Dr Boutan de l'Association des Médecins du Havre.

Cette importante décision qui mettra certainement un terme aux exigences illégales des compagnies vis-à-vis des médecins qui ont traité leurs assurés, n'a fait que donner une consécration aux règles adoptées par le Syndicat des Médecins du Havre, et la plupart des associations médicales françaises, notamment l'Association générale des Médecins de France, et la Société de Médecine légale de Paris.

Les sommités médicales sont d'accord sur ce point avec les jurisconsultes.

VARIA

Distribution des prix à l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre. — Pose de la plaque commemorative en l'honneur de Pussin.

Dans la matinée du mercredi 3 août, a eu lieu, à l'hospice de Bicêtre, une double cérémonie, intéressante à plusieurs titres. M. Poubelle, préfet de la Seine, présidait, assisté de MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique, et Bourneville, député de la Seine, directeur de l'enseignement de l'Ecole; nous avons remarqué dans l'assistance MM. le Dr Chaslin, médecin de Bicêtre, Imard, inspecteur général de l'Assistance publique, Barbier, secrétaire général, Mourlan, chef de division, Leclère, chef de bureau du service des aliénés, Gallois, architecte de Bicêtre, Ventujol, directeur, et Adancourt, économe de l'hospice de Bicêtre, Labouyerie, directeur de l'hospice des Incurables, Guérin, Mauger, les internes en médecine et en pharmacie, et les employés de l'établissement.

I. Tout d'abord il a été procédé à la *distribution des prix* aux élèves de l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières, dans la salle de lecture de l'hospice. La séance ouverte, après une courte allocution de M. Peyron, M. le Préfet de la Seine a donné la parole à M. Bourneville qui a prononcé le discours suivant:

Mesdames, Messieurs,

Cette distribution des prix, que M. le Préfet de la Seine veut bien présider avant la cérémonie, due à son initiative personnelle, de la pose de la *plaque commémorative* en l'honneur de l'un de vos anciens, le surveillant Pussin, ou, pour employer l'expression administrative de l'époque, le gouverneur Pussin, qui fut le dévoué collaborateur du plus illustre des médecins de Bicêtre, Ph. Pinel, cette distribution des prix, disons-nous, clôt la dixième année scolaire de l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de cet hospice.

Il nous semble utile, à la fin de cette décade, de passer rapidement en revue l'histoire de l'organisation et du fonctionnement des Ecoles d'infirmières, ce qui nous permettra, en même temps, de renseigner exactement M. le Préfet sur une réforme à laquelle il a participé depuis plusieurs années : *la laïcisation des établissements hospitaliers de la Ville de Paris et du département de la Seine*.

C'est en 1877, que le Conseil municipal, a réclamé la création des Ecoles d'infirmières dans le triple but : 1° de procurer aux

(1) Tribunal Civil du Havre, première Chambre, M. Bayeux, président, audience du 30 juillet 1886.

hôpitaux des infirmières plus instruites, plus capables, pouvant faire de bonnes surveillantes, afin de remplacer les religieuses des hôpitaux par des laïques; — 2° de donner aux personnes de la Ville qui exercent ou veulent exercer la profession de garde-malades, des moyens sérieux d'instruction professionnelle, afin de substituer dans les familles les laïques aux religieuses; — 3° de mettre les mères de familles en mesure d'apprendre à soigner les malades afin de mieux seconder le médecin lorsqu'un de leurs parents est atteint par la maladie.

L'*Ecole de la Salpêtrière* a été ouverte le 1er avril 1878, l'*Ecole de Bicêtre* le 20 mai de la même année et l'*Ecole de la Pitié* le 24 mai 1881. Quelles sont les raisons qui ont fait choisir ces trois établissements.

Nous avons choisi Bicêtre et la Salpêtrière parce que ces deux hospices étaient, de fondation, confiés à des laïques et qu'on était en droit d'espérer que les surveillantes ne s'opposeraient pas, comme l'auraient certainement fait les religieuses, à la fréquentation de l'Ecole par les infirmières; c'est parce qu'il existait 393 infirmières à la Salpêtrière, 235 infirmiers et infirmières à Bicêtre (1); c'est parce qu'il y avait dans ces hospices une école primaire pour les enfants avec un matériel scolaire, avec un personnel enseignant, connaissant les infirmières et les infirmiers et mieux en état que qui que ce soit d'approprier l'enseignement à leur caractère, à leurs habitudes; parce que la population de ces hospices est nombreuse et qu'elle comprend des vieillards, des infirmes, des aliénés, des épileptiques, des enfants. « Nulle part ailleurs, répéterons-nous, on ne rencontrait un ensemble d'aussi bonnes conditions; nulle part, mieux qu'à la Salpêtrière et à Bicêtre, on ne pouvait organiser les Ecoles d'infirmières plus facilement et plus économiquement..... Mais, malgré les nombreuses ressources dont nous disposions à Bicêtre et à la Salpêtrière, il nous manquait encore un certain nombre de moyens d'instruction. Si à Bicêtre le service de chirurgie est actif, en revanche il l'est peu à la Salpêtrière; si Bicêtre et la Salpêtrière renferment des enfants, et des enfants terriblement difficiles à soigner, ni l'un ni l'autre ne possèdent de service d'accouchements; enfin, il est des maladies aiguës que l'on n'y observe que rarement. Où trouver ces éléments d'enseignement destinés à compléter l'instruction donnée à Bicêtre et à la Salpêtrière? Dans un hôpital. Les religieuses de Ste-Marthe ayant été obligées, faute de recrues, de quitter la Pitié, c'est cet hôpital qui fut naturellement choisi pour y installer l'*Ecole de perfectionnement*.

Les Ecoles de Bicêtre et de la Salpêtrière ont un double caractère: elles sont à la fois *écoles primaires* et *écoles professionnelles*.

L'*Enseignement primaire* est fait par les instituteurs et les institutrices des écoles des enfants idiots, arriérés et épileptiques. Il porte sur la lecture, l'écriture, le calcul et l'orthographe, pour les divisions inférieures et, pour les divisions supérieures, sur l'arithmétique, le système métrique, l'orthographe, la rédaction, l'histoire de France et la géographie.

Depuis l'origine jusqu'à ce jour, nous avons introduit, à l'école primaire même, l'enseignement professionnel. Voici comment nous avons procédé et comment nous procédons encore. La *lecture* de l'imprimé est faite dans le *Manuel de l'infirmière*; la *lecture manuscrite* est faite dans la traduction du Manuel anglais de Domville (2), que nous avons fait copier par une série d'enfants des écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière, en nous servant successivement des enfants dont l'écriture est de moins en moins bonne, de telle sorte que ces malheureux enfants contribuent à l'instruction de ceux qui se consacrent à leur donner des soins; — les *dictées*, au lieu d'être prises au hasard, sont empruntées à des traductions de Manuels anglais ou américains, et en dernier lieu au Manuel fait par l'Association anglaise des médecins aliénistes pour l'instruction des surveillants et des infirmiers des asiles d'aliénés. L'instruction primaire, comme on le voit, prépare donc les élèves à recevoir avec fruit l'enseignement professionnel.

L'*Enseignement professionnel* comprend: 1° des *cours théoriques*; — 2° des *exercices pratiques*; — 3° le *changement de services ou le roulement*.

a) Les *Cours théoriques*, qui se font dans cette salle, sont au nombre de sept: 1° *Notions élémentaires d'anatomie*; — 2° *Notions élémentaires de physiologie*; — 3° *Administration et comptabilité hospitalières*; — 4° *Pansements, bandages, petite chirurgie*, etc.; — 5° *Hygiène*; — 6° *Petite pharmacie, administration des médicaments*; — 7° *Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés*. Tous ces cours, sauf le dernier réservé aux infirmières, sont communs aux infirmiers et aux infirmières. Chaque année le programme de l'enseignement est reproduit en tête du Palmarès.

b) Les *Exercices pratiques* ont lieu tous les jours à l'Infirmerie générale pour Bicêtre et la Salpêtrière; dans une salle de médecine, une salle de chirurgie et dans le service d'accouchements pour la Pitié, sous la direction des surveillantes. Les élèves apprennent les noms et les usages des instruments qui composent l'*arsenal médico-chirurgical*; — des pièces de linge et des objets contenus dans l'*appareil*; — des médicaments d'un usage fréquent qui doivent se trouver dans toutes les salles; enfin ils apprennent à faire des bandages sur le mannequin, à faire les cahiers, les feuilles du mouvement de la population, à exécuter les pansements de chaque jour, etc. Ici, ces exercices sont d'habitude complétés par quelques autres faits dans notre service, par l'une de nos sous-surveillantes, sous notre direction ou celle de nos internes: telles sont, entre autres, la vaccination, l'épilation, l'administration des douches, etc.

c) Le *Changement de services* ou le *roulement* consiste en ce que les élèves doivent passer successivement, à tour de rôle, dans tous les services de l'hospice ou de l'hôpital: lingerie, cuisine, vestiaire, dortoirs des vieillards valides, dortoirs des grands infirmes, quartier des aliénés, section des enfants, infirmerie générale, médecine et chirurgie. Ce roulement de service en service a pour but de mettre les élèves en mesure de remplir n'importe quel poste dans les hôpitaux; de leur donner plus de sang-froid, d'autorité et d'expérience, en les plaçant en contact avec des chefs différents, qu'il s'agisse des médecins, des chirurgiens, des surveillants ou des surveillantes. Nous devons avouer que cette partie de l'enseignement pratique est loin de fonctionner suivant nos désirs. Le roulement ne s'opère encore que d'une manière très imparfaite. En appelant de nouveau l'attention de M. Peyron sur cette partie de l'enseignement pratique, nous avons l'espoir qu'il donnera des instructions formelles pour qu'elle soit faite dans les trois hôpitaux-écoles d'une façon régulière, au moins pour les élèves diplômées et les élèves de la première division.

Pour compléter l'exposé du programme de l'enseignement des Ecoles d'infirmières, nous devons ajouter que les élèves font de fréquentes *compositions* sur les différentes branches de l'enseignement primaire et de l'enseignement professionnel et que leurs professeurs leur font subir, avec nous, des *examens pratiques*.

Dans les trois écoles, grâce au dévouement des professeurs, des maitres et des maitresses, nous avons obtenu des résultats très remarquables qui méritent d'être signalés.

D'abord, au point de vue de l'instruction primaire ordinaire, à Bicêtre et à la Salpêtrière, un grand nombre d'infirmiers et d'infirmières sans aucune instruction, assez souvent même ne sachant pas parler le français, ont acquis une instruction primaire passable: on compte, ici, une quarantaine d'élèves de cette catégorie, et leur nombre est plus grand à la Salpêtrière. Un nombre considérable d'infirmiers et d'infirmières, possédant déjà une certaine instruction, ont pu la perfectionner et sont arrivés à posséder une instruction primaire tout à fait satisfaisante.

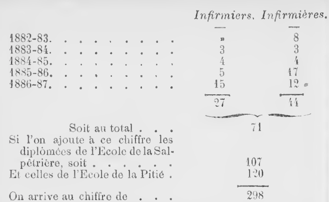
Les résultats obtenus au point de vue professionnel s'accusent chaque année davantage. Pour les constater et leur donner une consécration nous avons demandé à l'Administration d'instituer des *diplômes* ou, si l'on veut, des certificats d'aptitude. Ce n'est qu'à la suite de difficultés assez peu compréhensibles et seulement en aout 1883, c'est-à-dire a la fin de la sixième année scolaire que cette autorisation nous a été enfin accordée.

D'accord avec les professeurs des trois écoles, afin d'échapper à toute critique, nous avons posé des conditions difficiles et rigoureuses à l'obtention des diplomes. Il faut avoir, en effet, pour l'ensemble des compositions un minimum de 115 points ainsi répartis:

	Maximum.	*Minimum.*
Administration	20	15
Anatomie	20	10
Physiologie	20	10
Pansements	25	15
Hygiène	20	15
Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés	20	15
Petite pharmacie	20	15
Examen pratique	30	20
	175	115

Malgré ces conditions sévères, bien que les laïcisations nous aient souvent enlevé nos meilleures élèves au milieu de l'année scolaire, le nombre des diplomés est allé croissant chaque année et atteint aujourd'hui un chiffre assez élevé. Voici, en ce qui concerne Bicêtre, la progression des diplômes.

(1) Ces chiffres sont ceux du budget de 1878.
(2) *A Manual for Hospitals Nurses*; London, 1878.



	Infirmiers.	*Infirmières.*
	—	—
1882-83.	»	8
1883-84.	3	3
1884-85.	4	4
1885-86.	5	17
1886-87.	15	12
	27	44
Soit au total . . .	71	
Si l'on ajoute à ce chiffre les diplômées de l'Ecole de la Salpêtrière, soit	107	
Et celles de l'Ecole de la Pitié .	120	
On arrive au chiffre de . . .	298	

L'année 1886-87 entre dans ce total pour 143.

La création de ces écoles, cet enseignement dont nous venons d'exposer l'organisation étaient-ils nécessaires ?.. Assurément, car, depuis bien longtemps, les médecins se plaignaient du personnel secondaire, et insistaient énergiquement sur l'urgence d'une réforme. En 1843, et déjà auparavant, le comité médical parlant au nom des médecins, des chirurgiens et des pharmaciens des hôpitaux, se faisait l'écho énergique des plaintes des malades et du service de santé tout entier devant le Conseil général des hospices. Mais, comme rien n'avait été fait, sauf une légère amélioration qui a consisté à élever les salaires de 10 à 15 fr., la situation ne s'était pas modifiée ; telle elle était en 1843, telle elle était encore en 1878. C'est pour assurer un meilleur recrutement du personnel secondaire des hôpitaux, partant de meilleurs soins aux malades, que nous avons proposé au Conseil municipal, qui les a acceptées, un certain nombre de réformes destinées à assurer un meilleur recrutement des infirmiers et des infirmières des établissements hospitaliers de Paris. Ces réformes comprenaient : 1° l'augmentation des salaires qui ont été portés de 15 et 17 fr. à 25 fr. au minimum, et que nous serions heureux de voir élever à 30 fr ; en commençant par toutes les infirmières et par tous les infirmiers diplômés ; — 2° l'amélioration de la nourriture qui laisse encore beaucoup à désirer, l'amélioration des logements qui sont devenus convenables dans un certain nombre d'établissements, mais qui, dans d'autres, sont toujours très défectueux et véritablement insalubres. Nous passons sur d'autres réformes secondaires dont vous avez certainement conservé le souvenir.

Ce qu'il y avait surtout de plus défectueux, c'était l'instruction et l'éducation du personnel. L'examen de ce qui se faisait à l'étranger, notamment en Angleterre et aux Etats-Unis, nous suggéra l'idée d'imiter la pratique en usage dans ces pays, en important à Paris les écoles professionnelles d'infirmiers et d'infirmières. Un grand nombre d'infirmiers et surtout d'infirmières ont répondu à l'appel qui leur était fait et ont profité des moyens d'instruction qui étaient mis à leur disposition. Nous avions ainsi des infirmières dont les connaissances primaires et professionnelles devenaient supérieures aux connaissances des religieuses. Il devait en résulter qu'on serait amené naturellement, dans un délai plus ou moins rapproché, à leur confier les postes occupés par les religieuses, femmes ignorantes, ne possédant qu'une routine incurable, et ne cherchant nullement à se mettre en mesure de faire face aux besoins de la pratique médico-chirurgicale actuelle, en supposant même qu'il n'y eut pas eu des raisons politiques d'un ordre supérieur pour les remplacer par des laïques. Des soldats instruits et des supérieurs ignorants, c'était une situation fausse qui ne pouvait durer. Comme on le voit, de toute façon, la question de la laïcisation se posait nécessairement. Nous ne vous parlerons pas de nouveau des difficultés qu'elle a rencontrées, nous l'avons fait en maintes circonstances. Nous nous bornerons à vous citer les dates successives de la laïcisation des hôpitaux :

L'hopital Laënnec a été laïcisé à la fin de 1878.
L'hôpital de la Pitié, le 1er octobre 1880.
L'hospice de Larochefoucauld, en janvier 1881.
L'hospice des Ménages, en juillet 1881.
L'hôpital Saint-Antoine, le 1er août 1881.
L'hopital de Lourcine, en juillet 1882.
L'hôpital Tenon, en juillet 1882.
L'hospice d'Ivry, en février 1885.
L'hopital Cochin, le 21 décembre 1885.
L'hospice des Enfants-Assistés le 1er avril 1886.

Durant la même période, l'hôpital Bichat, l'hôpital Andral, l'hôpital Broussais, créés par le Conseil municipal et par l'Administration, ont été, dès l'origine, confiés à des laïques. En même temps, sur les instances du Conseil général de la Seine, l'administration préfectorale laïcisait les asiles d'aliénés de Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse, et installait des surveillantes laïques dans le nouvel asile de Villejuif.

Pendant cette année scolaire, M. Peyron, d'accord avec M. le Préfet de la Seine, et suivant les désirs du Conseil municipal, a poursuivi régulièrement la laïcisation. Ainsi que nous vous le faisions prévoir il y a un an, l'hôpital Necker, l'hôpital des Enfants-Malades et l'hôpital de Forges-les-Bains ont été laïcisés le 28 octobre 1886. De plus, l'hôpital Trousseau a été confié à des laïques le 1er avril dernier. Enfin, le 7 juillet, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a émis un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital Lariboisière et de l'hôpital Beaujon. Quand cette mesure, qui doit avoir son effet dans quelques semaines, aura été réalisée, en exceptant l'hôpital de Berck-sur-Mer et les fondations de La Roche-Guyon, Chardon-Lagache, Brézin, il ne restera plus, sur les 30 hôpitaux et hospices de Paris, que trois établissements à laïciser :

La Charité avec	30	religieuses.
Saint-Louis avec	25	—
L'Hôtel-Dieu avec.	21	—
Total. . .	76	religieuses.

Les renseignements que nous avons donnés tout à l'heure, qui montrent que cette année 143 élèves ont été jugées dignes du diplôme, assurent à l'Administration qu'elle peut sans crainte achever cette année même la laïcisation. Du reste, vous n'avez pas oublié que dans une récente discussion au Conseil municipal, M. le directeur de l'Assistance publique a pris l'engagement de laïciser l'hôpital de la Charité et l'hôpital Saint-Louis, pour la fin de l'année. Nous avons le ferme espoir que, dans les premiers mois de l'année 1888, l'Hôtel-Dieu aura son tour.

Nous devons ajouter qu'à côté des infirmières diplômées, il en existe un grand nombre qui, ayant déjà suivi les cours des écoles pendant une ou deux années, et même davantage, fourniront, à bref délai, d'excellentes recrues pour la laïcisation des Maisons de secours. Là aussi, il importe non seulement d'enlever aux religieuses des moyens puissants d'action contre la République, et de les remplacer par des laïques ; mais il faut encore leur substituer des laïques plus instruites, plus dévouées, et entièrement attachées à leurs fonctions.

L'Administration, d'ailleurs, prépare de nouvelles élèves pour l'enseignement professionnel dans les hôpitaux récemment laïcisés : l'hôpital des Enfants-Malades, l'hospice des Enfants-Assistés et l'hôpital Trousseau. Se conformant aux vœux du Conseil municipal, M. Peyron a profité de la présence dans ces établissements d'institutrices laïques chargées d'instruire les enfants malades, en leur faisant faire tous les soirs un cours primaire aux infirmières. Peut-être y aurait-il lieu de donner la même mission aux institutrices de l'école qui vient d'être fondée à l'hôpital Saint-Louis.

Donc, bientôt, grâce à toutes les mesures qui ont été prises depuis dix ans, et auxquelles M. Peyron s'est associé avec tant de bonne volonté, pour l'instruction primaire et professionnelle des infirmières, tous les établissements qui dépendent de l'Assistance publique, à part quelques fondations, seront laïcisés. Alors nous verrons cesser toutes les polémiques violentes dont la laïcisation a été l'objet. Ces polémiques, d'ailleurs, n'auraient pas eu lieu, si leurs auteurs avaient été un peu plus au courant de la question. La laïcisation, en effet, n'est pas chose nouvelle. Elle a commencé avec Louis XII, qui, par sa lettre patente en date du 11 avril 1505, enleva l'administration de l'Hôtel-Dieu au chapitre de Notre Dame de Paris pour la confier à des bourgeois, c'est-à-dire à des laïques. Elle a continué sous Louis XIV.

Bicêtre et la Salpêtrière, organisés en 1656, furent confiés à des surveillants et à des surveillantes laïques. La laïcisation a continué, répéterons-nous, lorsqu'on a enlevé l'économat aux religieuses, lorsqu'on leur a enlevé la direction de la pharmacie dans la plupart des hôpitaux, et cela se passait sous Louis XVIII, ainsi qu'en témoigne l'arrêté du Conseil général des Hospices, en date du 23 juin 1819. La laïcisation a continué lorsqu'en 1833 on a enlevé la Maison de Sainte-Périne aux Sœurs de la Sagesse, pour la donner à des surveillantes laïques, qu'on a laissé aux laïques l'hôpital des Cliniques, la Maison Municipale de Santé, la Maternité, l'hôpital du Midi, et lorsque, dans presque tous les asiles de la France, on a confié le service des aliénés à des laïques. Nous ne faisons donc que poursuivre l'œuvre commencée par la monarchie absolue, continuée par la monarchie de Juillet, et même par le dernier Empire, répondant en cela aux besoins de la science et aux intérêts impératifs de la société civile :

« La société civile, on ne saurait trop le redire, si elle ne veut être sans cesse en lutte contre les envahissements perpétuels de la société religieuse, doit enlever aux congrégations tous leurs moyens d'action, toutes leurs ressources officielles. Tout congréganiste, quelle que soit sa robe ou sa coiffe, est, d'ores et déjà, un ennemi irréconciliable de la société civile. En l'éliminant, en lui enlevant traitement et moyen de propagande, on rend service à la société civile sans lui créer un ennemi de plus. Et chaque fois, au contraire, que l'on remplace une sœur par une *laïque*, un *frère* par un *laïque*, on rend service à la société civile, sans lui causer de tort. Loin de

la : c'est qu'en effet, on attache à la société civile, non seulement la personne qui remplace la religieuse, mais sa famille tout entière, solidaire dans ses intérêts. La religieuse, elle, est isolée, elle a renié sa famille. »

L'intérêt des malades, celui de l'Administration, l'intérêt de la science, celui de la République, qui nous est chère à tous, concordent à démontrer l'incontestable utilité de la laïcisation de l'Assistance publique.

L'expérience, d'ailleurs, s'est prononcée partout en faveur des laïques. En Angleterre, en Suisse, aux Etats-Unis, en Allemagne, en Autriche, en Hollande, la plupart des hôpitaux sont confiés à des laïques. En Portugal il n'y a aucune congrégation religieuse. Lorsqu'on ose affirmer que les religieuses sont indispensables, que seules elles sont capables de bien soigner les malades, on fait injure aux femmes françaises que l'on considère comme moins intelligentes, moins compatissantes et moins dévouées que les femmes des nations que nous venons de citer. On oublie enfin que, même avant la laïcisation, la plus grande partie des soins étaien donnés aux malades par les laïques et non par les religieusest malgré leurs statuts :

« Le rôle des religieuses, a écrit M. le professeur Léon Le Fort, est loin d'être celui que leur attribuent des préjugés qui ne sont, du reste, que des souvenirs d'un temps fort éloigné. Ce rôle ne consiste pas, en effet, à donner directement des soins aux malades ; ce n'est pas la sœur qui fait les pansements, ce sont les externes ; et s'il y a lieu dans la journée de les renouveler, d'appliquer des cataplasmes, des sangsues, c'est alors l'infirmier ou l'infirmière qui se substituent à l'externe ; la cuillerée de potion qu'il faut donner d'heure en heure, c'est l'infirmier qui l'administre ; s'il faut changer un drap souillé, laver un malade, c'est encore l'infirmier qui intervient ; *la religieuse est la surveillante générale ; elle fait la répartition des aliments* que distribuent les infirmiers ; *elle règle les rapports avec la lingerie*, veille au maintien de l'ordre et de la discipline de la salle (1). »

Nous terminerons là ces considérations générales, que nous tenions à rappeler devant M. le Préfet de la Seine, afin de lui prouver qu'en autorisant la laïcisation des hôpitaux de Paris, il s'est associé à une œuvre sérieuse, véritablement utile, franchement républicaine, et, pour finir ce discours déjà trop long, nous allons donner rapidement quelques renseignements sommaires sur les travaux accomplis à l'école de Bicêtre, durant l'année scolaire qui vient de s'écouler.

L'*Ecole de Bicêtre* a fonctionné encore plus régulièrement cette année que les années précédentes. Nous disons plus régulièrement, en ce sens que, se conformant aux intentions nettement formulées par M. Peyron, M. le directeur de Bicêtre a veillé à ce que les cours fussent suivis *obligatoirement* par tout le personnel. Il en est résulté que le nombre des élèves à la fin de juillet était le même qu'à l'ouverture des cours, au 1er octobre (2).

L'*enseignement primaire* a été fait : pour les infirmières, par M. Boutillier, aidé de Mlles Agnus et Bandaly et de Mme Vallet. Pour les infirmiers : par M. Boyer, instituteur-adjoint de l'école des enfants, assisté de MM. Vallet, Miclot (Paul) et Bayard. Les élèves ont reçu en dictées la suite du *Manuel pour l'instruction des surveillants des asiles d'aliénés*, publié par l'Association médico-psychologique anglaise, ainsi que plusieurs dictées sur les hôpitaux, par M. Ventujol. De plus, nous avons mis à leur disposition une autographie de la première partie du cours de M. Ventujol, comprenant les dictées qu'il avait données depuis six ans.

L'*enseignement professionnel* a été donné, comme précédemment par MM. Bonnaire, Poirier, Ventujol, Cornet ; par M. Isch-Wall, qui a remplacé M. Bricon. Enfin l'un de nos internes, M. Sollier, a bien voulu faire gracieusement aux infirmières le *cours sur les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés*. Comme d'habitude, les cours professionnels ont été faits dans leur intégralité ; nous devons même dire que la plupart des professeurs ont donné plus de leçons que ne l'exige le programme : nous les remercions de leur zèle.

Les *exercices pratiques* ont continué à être exécutés sous la direction de Mme Siégel, avec le concours de Mlle Lorcet, sous-surveillante du service de chirurgie. Toutes les deux méritent des éloges pour le dévouement qu'elles ont apporté à l'instruction pratique des élèves.

(2) En 1878, alors que seul l'hôpital Laennec avait été laïcisé, il y avait dans les hôpitaux et hospices de Paris : 73 « serviteurs » de 1re classe et 1954 « serviteurs » de seconde classe, tous *laïques* ; 204 sous-surveillants ou sous-surveillantes *laïques* et 75 surveillants et surveillantes *laïques*. Total : 2,306 *laïques*. Avec ces 2,306 *laïques* il y avait 485 *religieuses*. Ces chiffres montrent la part respective des *laïques* et des *religieuses* dans les soins donnés aux malades. L'hôpital Laennec, alors hôpital temporaire, ne figure pas dans cette statistique.

(2) 115 infirmiers et 60 infirmières sur 76, plus 15 élèves externes.

Des *examens* ont été faits pour la première fois au mois d'avril pour les élèves les plus avancés et, comme d'habitude, pour tout le monde à la fin de juillet. Ils ont été subis par 80 infirmiers et 61 infirmières, dont cinq élèves externes et 10 infirmières de l'hospice d'Ivry (1).

Tandis que, les autres années, l'émulation la plus vive existait parmi vous, Mesdames, alors que le zèle des infirmiers laissait au contraire beaucoup à désirer, cette année, vos maîtres et nous avons remarqué avec regret que vous aviez apporté moins d'ardeur à votre besogne scolaire.

En revanche, nous avons été très heureux de l'empressement mis par les infirmiers à profiter de l'enseignement primaire et professionnel. Aussi, un nombre important d'entre eux a-t-il fait d'excellentes compositions. Quinze vont recevoir leur diplôme, nous les signalons d'une façon spéciale à M. le Préfet et à M. le Directeur de l'Assistance publique : A M. le Préfet, à qui nous rappelons sa promesse de faire choisir parmi les élèves de cette Ecole qui reçoit une subvention du Conseil général, une partie des surveillants et des sous-surveillants dont il a besoin dans les Asiles d'aliénés ; — A M. le Directeur de l'Assistance publique, afin qu'il prenne parmi les infirmiers diplômés les suppléants et les sous-suppléants au fur et à mesure des vacances qui se produisent dans les établissements hospitaliers (2). Il s'agit là d'un acte de justice et nous ne doutons pas que tous deux ne tiennent compte à l'avenir de notre recommandation, justifiée par les services rendus par les infirmiers diplômés et par les efforts qu'ils ont faits pour se rendre dignes de la confiance de l'Administration.

En ce qui concerne les infirmières, nous devons reconnaître qu'à la suite d'une intervention de notre part, elles se sont relevées dans les deux derniers mois et qu'elles ont subi les examens pratiques avec succès. Nous devons une mention spéciale aux 10 infirmières d'Ivry, qui ont été envoyées régulièrement aux cours, par leur Directeur M. Labouyerie, que nous remercions de son concours. Elles ont été récompensées de leurs peines, car sept d'entre elles ont obtenu le diplôme (3).

Nous avons la conviction, Messieurs, que durant l'année scolaire qui s'ouvrira le 1er octobre prochain, vous montrerez le même zèle que cette année, et, que vous, Mesdames et Mesdemoiselles, vous redoublerez d'ardeur. Vous n'oublierez pas, les unes et les autres, que le Conseil municipal et l'Administration sont en droit, après tout ce qu'ils ont fait pour améliorer votre situation au point de vue matériel, moral et intellectuel, d'attendre de vous que vous vous montriez toujours convenables, remplis de dévouement, bons envers les vieillards et les malades ; que vous obéissez scrupuleusement aux prescriptions de vos chefs du service de santé et aux ordres de vos supérieurs administratifs ; que vous soyiez complaisants et bienveillants les uns envers les autres, que vous vous aidiez les uns les autres réciproquement, soit dans l'accomplissement de votre tache, soit sous le rapport de votre instruction professionnelle ; en un mot, que vous fassiez votre devoir, tout votre devoir. Ce faisant, dans vos modestes mais si utiles et si délicates fonctions, vous donnerez à tous ceux qui se consacrent à notre instruction, à votre perfectionnement, le meilleur témoignage de reconnaissance ; vous contribuerez à mettre hors de discussion la réforme de la laïcisation dont vous profitez et que, songez-y, vous devez à la République.

Les récompenses ont été ensuite distribuées : Elles consistent en livrets de caisse d'épargne, livres et trousses ; enfin, on a délivré les diplômes.

II. La distribution des prix terminée, les assistants se sont rendus dans la cour d'entrée de la cinquième division de l'hospice, division consacrée aux aliénés, pour l'*inauguration de la plaque commémorative* érigée en l'honneur du surveillant Pussin. Cette plaque, en marbre noir, a été fixée dans l'endroit le plus apparent, sur l'extrémité nord du grand bâtiment de la 2e section actuelle, décorée de drapeaux entourant le buste de la République, et ornée de cartouches aux initiales R. F. Elle porte, gravée en lettres d'or, l'inscription suivante :

(1) Les *examens pratiques* ont eu lieu : à Bicêtre en 2 séances, qui ont pris 10 heures ; — à la Pitié, 2 séances, 8 heures ; — à la Salpêtrière, 4 séances, plus de 13 heures. Total, 31 heures.

(2) Trois infirmiers ont été nommés sous-surveillants, deux suppléants et dix premiers infirmiers ; c'est un chiffre bien minime par rapport au nombre des élèves.

(3) Neuf infirmières de Bicêtre ont obtenu de l'avancement : trois ont été nommées sous surveillantes, trois suppléantes et trois 1res infirmières dans la maison même ; deux ont été envoyées avec le grade de sous-surveillantes, l'une à l'hôpital Trousseau, l'autre à l'hôpital d'Aubervilliers.

Le 3 août 1887,
Monsieur POUBELLE étant Préfet de la Seine,
Monsieur PEYRON, Directeur de l'Administration Générale de l'Assistance Publique.
Cette plaque
a été placée en mémoire de :
Jean-Baptiste PUSSIN,
Surveillant à Bicêtre,
(Du 27 avril 1780 au 20 mai 1802).
Appelé par Pinel : son plus fidèle collaborateur
et par Parizet : le précurseur de Pinel.

Le voile qui recouvrait la plaque étant tombé, M. le Préfet de la Seine a pris la parole en ces termes :

« Mesdames, Messieurs,

« Cette inscription est destinée à perpétuer le souvenir de l'un de vos prédécesseurs, qui, entré comme malade dans cette maison, y guérit, s'y attacha au point de ne vouloir plus la quitter et devint digne d'être appelé, par Pinel, « son meilleur collaborateur. »

« Cette estime du savant pour le surveillant modeste n'a rien qui doive nous surprendre : les âmes d'élite se rencontrent à travers la diversité des conditions, et c'est un acte de justice que nous accomplissons en inaugurant, après la statue de l'illustre médecin, cette plaque de marbre, qui vous rappellera que la République sait rendre hommage à tous les dévouements et qu'elle ne distingue pas entre ceux qui ont prodigué leur vie aux souffrants et aux deshérités.

« Jusqu'à Pinel, en effet, tous les malades, sans distinction entre la simple idiotie et la démence furieuse, étaient considérés comme dangereux. C'est ici que Pinel, réagissant contre cette crainte exagérée, fit tomber leurs fers, et cette méthode nouvelle, accueillie avec incrédulité, au moment où elle fut instituée, eut pour résultat immédiat de rendre la folie plus calme, les crises moins dangereuses et moins prolongées.

« Lorsque j'eus l'honneur d'inaugurer, à l'entrée de la Salpêtrière, la statue de Pinel, mes recherches personnelles, pour arriver à mieux connaître le grand homme dont je devais prononcer l'éloge, m'amenèrent à découvrir, à côté de lui, J.-B. Pussin, et, tout en reconnaissant la grandeur de l'initiative prise par le savant, je pensai que le succès obtenu était peut-être dû en partie à cet homme qui, en prodiguant à tout instant, à ces malheureux, ses soins et son dévouement, était, sans doute, parvenu à réveiller un écho dans ces consciences endormies, à se faire aimer de ceux qu'il avait sous sa surveillance.

« Certes, les conditions qu'acceptait votre prédécesseur étaient loin de valoir celles qui vous sont faites ; un peu de vin, la table au second réfectoire et 36 francs de gage par an, telle était sa rémunération et tel fut le prix dont, pendant vingt-deux ans, on paya ses services. C'est vous dire que nous ne nous considérons pas comme dégagés par les salaires que nous vous donnons, et, si nous avons réussi à rendre la vie pour vous plus facile et plus sûre, il y a une chose que nous ne prétendons pas payer, parce qu'elle est d'un prix inestimable, c'est la sensibilité, l'abnégation, le dévouement de tous les jours : vertus naturelles chez certains hommes, et qui, dans votre profession, sont des qualités indispensables.

« Pussin suivit Pinel à la Salpêtrière, mais il passa ici les principales années de sa vie et c'est bien dans cette maison que nous devions vous le présenter comme un modèle de chaque instant. Vous n'avez pas attendu cette solennité pour vous inspirer des mêmes sentiments et les récompenses que nous vous avons décernées montrent que vous aspirez à l'imiter. Je ne saurais trop vous répéter que ces malades, ces fous sont susceptibles de comprendre le dévouement qu'on leur témoigne.

« L'éclipse de leur raison laisse percer encore quelques lueurs : ils conservent une certaine justesse d'observation qui leur permet d'apprécier les soins que l'on apporte à leur soulagement. Dans cette fréquentation quotidienne, l'intelligence, même affaiblie, sait reconnaître les sentiments affectueux et les actes de violence sont rares à l'égard d'un infirmier bienveillant. Dans les maisons de fous, il se forme, croyez-le bien, une opinion publique, souvent plus juste que celle que nous rencontrons extra-muros, car elle est fondée sur une observation personnelle et sur l'impression directe des traitements dont chacun est l'objet.

« En inaugurant cette inscription, nous ne voulons pas seulement honorer l'un de vos prédécesseurs, nous entendons aussi vous rappeler les exemples de dévouement, de patience et d'humanité qu'il a donnés. Nous espérons trouver parmi vous des continuateurs de Pussin, qui mériteront d'inscrire leur nom à côté du sien sur les feuillets de pierre du livre que nous ouvrons aujourd'hui. »

Cette chaleureuse allocution a été accueillie par d'unanimes applaudissements et la séance a été levée.

Technique dentaire. — Deuxièmes molaires inférieures.

Moins grosses ordinairement, dans les races supérieures, que les premières, les multicuspidées inférieures de second rang, présentent une couronne dont la face triturante est chargée de quatre cuspides séparés par un sillon en croix.

Les racines de ces dents, sont moins divergentes, quelquefois même sont soudées ensemble, mais présentent néanmoins des traces fort visibles de leur réunion.

Ces dents sont ordinairement faciles à extraire. Le davier qui sert à l'alvulsion des premières, peut remplir le même usage à leur égard. L'élévateur ou le davier représenté planche VII, peut en cas de fracture, remplir toutes les indications nécessaires.

Le 9e Congrès International de Medecine et de Chirurgie.

« Le *Medical Record* sera représenté au neuvième Congrès International de Médecine et de Chirurgie, qui doit se réunir à Washington, D. C, Etats-Unis, par un corps compétent de reporters sténographiques, dirigé par un chef des plus capables. Ils feront le rapport journalier des séances générales et particulières, qui, joint au compte rendu des fêtes qui seront célébrées en cette occasion, sera transmis de suite par dépêche télégraphique au bureau de rédaction du *Medical Record*, à New-York, dont les rédacteurs en feront la préparation pour publication dans les nos suivants. Vu l'intérêt que prend la presse médicale du monde entier dans les transactions du Congrès, l'Administration du *Medical Record* a jugé l'occasion propice pour témoigner à ses collaborateurs les sentiments d'amitié qu'elle a pour eux. Elle a, en conséquence, fait des arrangements par lesquels elle sera en position de faire traduire immédiatement en français et en allemand, le rapport des transactions. Ce dernier sera envoyé franco à tout rédacteur qui, au reçu de cette circulaire, voudra bien nous informer de son désir de participer à cette distribution, et nous indiquer la langue choisie par lui : il devra, toutefois, s'engager à mentionner dans son journal, que les transactions qui lui seront transmises proviennent du *Medical Record*. »

Comme nous l'avions prévu, nos confrères américains ont pris toutes les mesures pratiques afin d'assurer le succès du Congrès international. C'est donc une raison pour les médecins français de se rendre à cette grande réunion. Il est regrettable que M. Spüller, ministre de l'instruction publique, n'ait pas cru devoir déléguer un nombre convenable de médecins français à Washington.

Programme du Congrès international de médecine.

Le journal de l'Association médicale américaine nous communique le programme complet du Congrès international approuvé par le comité : *Premier jour, Lundi* 5 *septembre.* — Réunion du Congrès à l'Albangh's Opera Houx à 11 heures du matin ; Ouverture du Congrès par le Président des Etats-Unis ; courte allocution de bienvenue par le Secrétaire d'Etat. Discours du Président du Congrès. Rapport du Secrétaire général, et du président du comité d'installation. Sortie à 1 heure 30 de l'après-midi. De 3 heures à 6 heures du soir assemblée des sections dans leurs locaux respectifs. Réunion du soir à N.-S. Pension Hall de 8 heures à 11 heures. — *Second jour, Mardi* 6 *septembre.* Réunion à 10 heures du matin, à l'Albangh's Opera House. Discours général des docteurs Flint et Semmola. Assemblée des sections à 11 heures du matin. Sortie à 1 heure L'après-midi : réunion des sections de 3 heures à 6 heures. Le soir ; réception probable du Président des Etas-Unis, et le Corcoran Art Gallery sera ouverte aux membres du Congrès et à leurs familles. — *Troisième jour, Mercredi,* 7 *septembre.* Réunion du Congrès à 10 heures du matin. Discours généraux jusqu'à 1 heure du soir. Réunion des sections comme d'habitude à 11 heures du matin, et sortie à 1 heure du soir. L'après-midi, assemblée des sections de 3 heures à 6 heures. Le soir : réceptions des membres et de leurs familles par les habitants de Washington. — *Quatrième jour, Jeudi* 8 *septembre.* Assemblée générale à 10 heures du matin ; communications s'il y a lieu. Réunion des sections à 11 heures du matin, sortie à 1 heure du soir. L'après-midi : Assemblée des sections de 3 heures à 6 heures. Grande réception et banquet à N.-S. Pension Hall de 8 heures à 11 heures. — *Cinquième jour, Vendredi* 9 *septembre.* Assemblée générale à 10 heures du matin. Travaux du Congrès. Réunion des sections à 11 heures. Sortie à 1 heure. L'après-midi, assemblée

des sections de 3 heures à 6 heures. — *Sixième jour, Samedi 10 septembre.* Assemblée générale à 10 heures du matin. Sortie à 11 heures et visite au Mont Vernon.

Le dimanche ou le lundi (le jour n'est pas encore fixé) un train d'excursion emportera de Washington aux chûtes du Niagara, les membres du Congrès et leurs familles, accompagnés d'une partie du comité d'installation, afin de les conduire aux points les plus curieux à visiter.

Le Président du sous-comité des transports fait savoir que d'importantes réductions sont faites sur le tarif des lignes de chemins de fer suivantes : Trunk line Association, Central Traffic Association, Newport news and Mississipi Valley Company. Southern Passenger Association. Ces lignes sont placées sous le contrôle du Comité ; elles couvrent la plus grande partie du territoire Est du Missouri, et les rives du Mississipi. Un grand nombre de lignes accordent des réductions de prix. Les membres du Congrès pourront obtenir des renseignements complets à ce sujet près de l'agent des chemins de fer au point de départ. On paiera le prix entier pour Washington avec un retour au tiers du tarif sur la présentation d'un certificat de l'Association. Il sera nécessaire de se procurer avant de partir ces certificats avec le reçu des prix de la place entière par l'employé des chemins de fer. On peut d'avance prendre des certificats en blanc, sur lesquels on désignera les lignes où on désire voyager. Enfin le secrétaire de la trésorerie, informe le secrétaire général, que tous les objets destinés au Congrès (livres, cartes, planches, instruments, modèles, appareils, etc., venant de l'étranger seront libres de tout droit de douane.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1640. — 25 *may.* Cediet jour sur la plaincte faicte au Bureau que la relligieuse de la couche prend et exige des pauvres femmes grosses et accouchées *de l'argent, pour coucher plus tost dans les lictz que dans les aultres, qu'elle vend les langes, couches, bandes et despouiles des enfans qui décèdent,* qu'elle leur fait payer le droit de boiset que du tout elle n'en tient aulcun compte au Bureau, la Compagnie a fait deffenses à ladicte relligieuse de demander ny recevoir aucune chose de ces pauvres femmes (*Délib*^ns^, *Reg. et Doc*^s^, tome I, p. 83).

1643. — 6 *Juillet.* — *Plaintes contre les chapelains.* Cejourdhuy, sur ce qui a esté raporté par aucuns de la Compagnie, d'une *plainte publique qui se fait par la ville* que, à l'Hostel Dieu, lorsque l'on amenoit en icelui des prizonniers malades, venans tant de la Conciergerie, Grand et Petit Chastelet que autres prizons pour estre en iceluy pensés et medicamentez ; il s'y foisoit des exactions, tant pour la descharge desdicts prizonnier sur le Registre des Geoliers desdites prizons, que pour l'entrée et sortie d'iceux. Pour savoir la vérité de ce, avoit mandé au Bureau M. le maistre dudict H. D. au Bureau pour lui faire entendre lesdictes plaintes. Lequel auroit dit à ladite Compagnie qu'il n'a jamais entendu, ni pour lui ni pour autre, que pour raison desdites decharges desdits prizonniers ni pour autre cause, il *se prist aucuns deniers. Mais que l'un des chapelains de l'hôpital Saint Louis receut dernièrement un teston dont il le reprit.*

La C^ie^ a fait defenses très-expresses tant audit M. au spirituel Chapelains et Portiers et autres oficiers dudit Hostel Dieu et hospital Saint-Louis *prendre, exiger ni recevoir d'aucunes personnes telles qu'elles soient aucuns deniers, tant pour l'entrée et sortie desdits pauvres, que pour l'avenir desdits prisonnier malades amenez tant de la conciergerie, grand et petit Chastelet que d'autres prisons* à peine d'être chassez de la maison et punition s'il en est. (Reg. de l'Hôpit Saint-Louis, Reg. I, p. 180.)

Les choses traînèrent ainsi en longueur jusqu'au 1^er^ octobre. L'importante délibération que l'on va lire montre à quel point le clergé entretenait sa haine contre les administrateurs temporels. Encore une fois, ils essayent de recouvrer ce qu'ils ont perdu et veulent à nouveau établir leur domination sur les laïques qui leur ont enlevé une partie de leur puissance.

1^er^ octobre 1655. — Monsieur de Gomont a dit que n'estant point en cette ville le vendredy xxiiij septembre dernier, il n'a peu faire jusqu'à présent la relation de ce qu'il avoit pleu à la Compagnie de lui commettre, qu'il a eu l'honneur de veoir monseigneur le Premier Président, auquel il a rapporté la délibération du Bureau, que ledit seigneur luy fit response qu'il alloit à Grignon (et de fait il partit le mesme jour) qu'il n'estimoit pas en retourner auparavant le mois de novembre, et qu'ainsy, n'estant point en cette ville ny à Montrouge, il ne pouvait assister à aucune délibération, mais que dès à présent il avoit agréable tout de qui seroit fait et résolu par la Compagnie, laquelle pouvoit agir tout ainsy que s'il y estoit présent, surquoy ledit sieur de Gomont luy demanda s'il ne désiroit pas que la Compagnie luy fist scavoir les propositions qui seroient faites avant que de les résoudre, à quoy monseigneur le Premier Président luy répartit : « La Compagnie peut délibérer et résoudre, je l'en prie. » Ledit sieur de Gomont luy ayant demandé si c'estoit tant pour monsieur le Doyen de Nostre Dame et le réglement touchant les religieuses de l'Hôtel-Dieu....... Le Premier Président luy dit : « pour toutes choses. » ayant tesmoigné la confiance qu'il avoit au Bureau Ledit sieur de Gomont a adjousté que, suivant l'ordre qu'il a eu de la Compagnie, il a dressé la relation de ce qui lui fut dit par monsieur le doyen de Nostre-Dame, dans la sacristie de l'Hostel Dieu, en la présence d'aucuns de messieurs les administrateurs de l'Hostel Dieu, le cinquiesme septembre dernier et de ce qui a esté faict en conséquence, dont lecture a esté faite, et du consentement de la compagnie ayant esté approuvé, il a esté arresté qu'elle seroit transcripte en cet endroit comme il en suit :

Acte concernant messieurs du spirituel. — Le dimanche cinquiesme de septembre mil six cens cinquante cinq, après la procession du rozaire que l'on fait chacun premier dimanche de chaque mois à l'Hostel Dieu, messire Jean Baptiste de Contes, conseiller d'état ordinaire et doyen de Nostre Dame de Paris, fit dire à messieurs les administrateurs de l'Hostel Dieu, qui y avoient assisté, qu'il les prioit de se trouver à la sacristie, les prières estant achevées dans le chœur, ledit sieur doyen et messieurs de Gamaches et de St Jean Granger, chanoines de l'église de Paris, et qui sont commis par messieurs du Chapitre pour la direction spirituelle de l'Hostel Dieu, tous trois encore revestus de leurs surplis et avec leurs aumusses, et messieurs Cramoisy, Leconte, Lhoste, de Gomont, Pepin et Perreau, administrateurs du temporel, qui avoient assisté à la mesme procession, entrèrent en la sacristie, monsieur le Doyen ayant fait sortir un prestre et deux enfans de chœur qui y estoient, la porte fermée, et tous debout, dit en s'adressant à messieurs les administrateurs :..... « Messieurs, nous avons appris qu'après avoir donné à monsieur le maistre la clef de la porte que l'on a fait depuis peu, entre la salle et le nouveau pont, on l'en a retiré, que par une délibération de vostre Bureau il a esté arresté qu'elle sera mise entre les mains de l'un de vous, et qu'elle y est effectivement, c'est vouloir renouveler la querelle, qui fut commencée l'an passé, *les clefs de l'Hostel Dieu ne sont point de vostre administration, il n'y a que monsieur le Maistre qui a le droit de les avoir* (1). Monsieur le Maistre a toutes les clefs du chœur et celles de la porte de l'église, il y a des religieuses pendant la nuit dans les salles, ce ne sont pas messieurs du temporel, qui doivent avoir les clefs de leur closture, la porte que l'on a fait depuis peu est la fermeture de l'une des salles, nous qui avons la direction spirituelle, devons veiller à la seureté et à la closture des religieuses, il pourrait y avoir du péril d'en laisser la clef à des séculiers, il peut arriver inconvénient des ouvriers, cette clef ne peut estre en d'autres mains qu'en celles de monsieur le Maistre, qui est le seul maistre de l'Hostel-Dieu, c'est luy qui doit avoir touttes les clefs du dehors et qui mesmes avait autrefois celles, tant de la cour des ofices, que de l'autre cour, ce n'est que depuis peu qu'elles luy ont esté ostées. » Monsieur Leconte dit qu'il y avait quelque chose dans le fait qui le concernait, pour les clefs de la nouvelle porte, et qu'il estait nécessaire d'en scavoir les circonstances, que la mère prieure, il y avait huit jours, le pria de faire fermer la porte, et pour cause, et qu'elle ne se souciait pas entre les mains de qui la clef feust mise, soit de monsieur le Maistre, d'elle mère Prieure, ou de luy sieur Lecomte, pourveu qu'elle ne feut point entre les mains d'autres personnes, n'y mesmes de celuy qui estait sur le pont, qu'il prit la clef pour la garder, jusqu'à ce qu'elle feust présentée au Bureau, pour délibérer et résoudre a qui elle serait délivrée, qu'ayant esté obligé de s'en aller aux champs, avant qu'il y eust Bureau, il l'avoit envoyé par le sieur Cudefo en dépost entre les mains de monsieur le maistre, pour la garder jusqu'à ce que le Bureau en eust ordonné, lorsque ledit sieur Leconte fust de retour, il l'a demandé à monsieur le maistre, qui ne l'avoit qu'en dépost, et qui la luy rendit, luy sieur Leconte l'aporta au Bureau, qu'il avoit esté délibéré et résolu qu'il la garderoit, qu'il avoit aussy touttes les clefs, qu'elles luy furent mises entre les mains, lorsqu'il entra dans la maison, et qu'il les a toujours eu, depuis huict ans qu'il est à l'Hostel Dieu. Monsieur le doyen repartit que toutes ces clefs devoient estre entre les mains de monsieur le maistre, que la coutume avoit toujours esté qu'il les avoit, et *qu'il etoit le seul maistre de toute la closture de l'Hostel Dieu.* Monsieur Leconte ayant persisté que, lorsqu'il entra à l'Hostel Dieu, les clefs des deux cours n'étoient point entre les mains de monsieur le maistre, non plus qu'elles n'y sont point à présent, il fut dit qu'il falloit mander monsieur le maistre pour en savoir la vérité, il y eut ordre donne d'aller dire à monsieur le maistre qu'il prit la peine de venir à la sacristie ; pendant qu'on y alloit, monsieur le Doyen dit : « *Nous ne prenons pas garde, messieurs, à beaucoup* d'entreprises que vous faites tous les jours. ON VOUS A DONNÉ AUTREFOIS L'ADMINISTRATION DU TEM-

(1) Quelle arrogance dans ces paroles!

POREL, QUI APARTENOIT AU CHAPITRE SEUL, MAIS EN VOUS LA DONNANT, ON NE NOUS L'A PAS OSTÉ (1), le Bureau, députoit cy devant devers nous, lorsqu'il y avoit quelque affaire importante, ou pour choses en quoy nous pouvions avoir intérest, nous ne sommes pas bien ancien dans la qualité de doyen, et néantmoins nous l'avons veu pratiquer ainsy, nous sçavons qu'il en a esté usé de la sorte envers ceux qui nous ont précédé, et à présent, on fait touttes choses sans notre participation, sans nous en communiquer, et sans nous en advertir, on croit, que c'est assez de dire qu'on l'a proposé au Bureau, et que le Bureau l'a résolu, on fait d'un employ de charité une espèce de magistrature; POUR AVOIR LA BOURSE, ON N'A PAS TOUTE L'AUTHORITÉ (2); il semble que lorsque on parle du Bureau, on veuille dire quelque chose de distingué de nous, *il n'y a point messieurs de différence entre le Bureau et nous* NOUS NE FAISONS QU'UN MÊME CORPS. NOUS AVONS AUSSI BIEN QUE VOUS L'ADMINISTRATION DU TEMPOREL, nous avons nostre place au Bureau, et une *place d'honneur* (3) quand nous allons y prendre séance, nous pouvons y aller quand bon nous semble (4), *nous ne faisons qu'une mesme comuneauté pour l'administration temporelle de l'Hostel Dieu,* nous sçavons aussy que tous ceux de vostre Bureau ne sont pas de même advis, et que les plus censez n'approuvent pas toutes vos prétentions, ce n'est pas, messieurs, que nous nous plaignions de la sorte que l'Hostel Dieu est à présent administré, on auroit grand tort de s'en plaindre, il n'y a personne qui ne sache quelle est l'affection que vous avez pour les pauvres, quel est vostre zèle et vostre œconomie, vous y donnez charitablement vostre temps et vos peines, *on peut dire que la maison et le revenu ne furent jamais mieux administrez,* MAIS IL NE FAUT PAS QUE VOUS FASSIEZ TOUT VOUS SEULS, nous n'avons pas moins que vous de charité, nostre profession et nostre caractère nous donnent autant de mouvement pour son advantage, il faut nous employer conjointement; c'est, messieurs, une entreprise que vous avez fait, sans nous parler, d'avoir logé l'un de vous dans l'enclos de l'Hostel Dieu, ce qui n'avait jamais esté fait, *et dont vous n'avez pas le pouvoir,* si nous l'avons souffert, ce n'est qu'à cause de monsieur Leconte, et pour sa considération particulière, c'est un homme dont on sçait la modération, nous ne l'aurions point autrement souffert et ne le soufrirons point à d'autres, mais pour cela, monsieur Leconte ne doit point avoir les clefs de l'Hostel Dieu, ce qui ne fut jamais ; elles doivent être entre les mains de monsieur le Maistre. »

Durant ce discours, M. Bourgeois, maistre de l'Hostel Dieu au spirituel entra dans la sacristie, monsieur le doyen luy demanda si autreffois toutes les clefs des portes n'estoient point entre ses mains, veu qu'il estoit le principal officier de l'Hostel Dieu. Monsieur Bourgeois fit response qu'autrefois touttes les clefs estoient entre les mains du Maistre. Monsieur Lecomte luy dit : Monsieur, depuis que je suis à l'Hostel Dieu, j'ay toujours eu toutes les clefs des cours, lorsque j'entray dans l'Hostel-Dieu, *elles estaient entre les mains du commis à la despense, et auparavant entre les mains du despensier et non point entre les mains du Maistre.* » Monsieur Bourgeois demeura d'accord que cela estoit véritable, mais que c'estoit à cause que quelques années auparavant, pour des raisons particulières, les clefs avoient esté ostées au Maistre qui estait alors. A quoy monsieur Lecomte repartit qu'il ne pouvait pas précisément sçavoir ce qui s'estait observé auparavant qu'il feust en la Maison, mais qu'il estait asseuré que lorsqu'il y entra monsieur le Maistre n'avait point les clefs des deux cours. Sur quoy monsieur le doyen dit en parlant de monsieur Bourgeois « il est le plus ancien de la maison, c'est le principal officier, il doit avoir touttes les clefs, il faut luy rendre celle de la nouvelle porte qu'on lui a osté. Je vous prie, Messieurs, que nous n'ayions point de différend. » Monsieur Cramoisy dit que c'estait une affaire du Bureau, qu'on y feroit récit de tout, et que l'on en délibéreroit au premier jour ce qui fut confirmé par M. Lhoste qui ajouta que c'étoit une affaire de Compagnie, qu'il en fallait faire rapport au Bureau et y délibérer, que l'on serait bien aise que monsieur le doyen voulust y venir, pour conférer ensemble, que messieurs ses prédécesseurs en la mesme dignité y sont autrefois venus et qu'ils avaient place au bout du Bureau, du costé d'en hault, que l'on pouvait mesme dès à présent, prier monsieur le doyen de prendre un jour pour la conférence, parce que cela avait esté résolu au Bureau, sur la parolle de monseigneur le Premier Président portée par monsieur de Gomont présent, à qui il l'avait dit, que par la conférence, on pouvait facilement régler plusieurs choses et entre autres l'augmentation que les religieuses demandent de leur nombre, que monsieur doyen serait tesmoing des procédés et des intentions de tous messieurs les administrateurs, qui n'avaient point d'autre pensée que de procurer le bien de la maison. Monsieur Perreau, ayant pris la parolle dit qu'il seroit à propos d'avoir quelquefois des conférences avec messieurs les directeurs du spirituel, que le tout n'en iroit que mieux, pour le spirituel et le temporel, que si l'on voyoit une union entière entre les uns et les autres, cela empescheroit beaucoup de discours et obligeroit chascun de se maintenir davantage dans son devoir, que n'y ayant point de conférances, on fait souvent des raports des uns aux autres, que cela cause de la mésintelligence, soubz prétexte de laquelle beaucoup de personnes, entreprennent ce qu'ils ne devoient pas, au lieu que l'on s'éclairciroit de tout, si l'on estoit ensemble, et que l'on arresteroit par cette union les diférens et les actions de beaucoup de monde, que souvent l'on avoit parlé au Bureau que l'on eust souhaitté cette conférence, qu'enfin elle y avoit esté résolue, sur ce que monseigneur le Premier Président avoit fait dire au Bureau par monsieur de Gomont. Chacun pria monsieur le Doyen de prendre jour. Monsieur le Doyen dit qu'il ne refusoit point d'aller au Bureau prendre sa place et d'y conférer de touttes choses, mais que les jours de Bureau luy estoient incommodes, parce que c'estoient jours de chapitre, qu'il ne pouvoit pas quitter le chapitre, principalement à cause des conjonctures du temps, et de ce qui s'y présentoit tous les jours, on le pria de choisir un jour extraordinaire, qu'on s'assembleroit extraordinairement pour la conférence, que monseigneur le Premier Président avoit eu la bonté de dire qu'à cause que les jours de Bureau estoient les jours du Chapitre, on feroit une assemblée extraordinaire pour la comodité de monsieur le Doyen, et que partant, on le prioit, dès à présent de prendre jour, monsieur le doyen dit qu'il avoit eu l'honneur de voir monseigneur le Premier Président, que c'estoit ledit seigneur qui luy avoit parlé de conférence, mais il adjouta que les jours du Bureau ne s'accommoderoient pas avec les jours du Chapitre, et sur ce, messieurs les administrateurs, après avoir salué monsieur le doyen et messieurs de Gamaches et de Saint Jean Granger, sortirent de la sacristie. Monsieur de Saint Jean Granger prit à part monsieur de Gomont, et cependant qu'ils parloient, monsieur le Doyen et monsieur de Gamaches estoient en conférence ; incontinent après, ledit sieur de Gamaches s'approcha dudit sieur de Gomont, et luy dit qu'il estimoit que quand on avoit parlé de jour extraordinaire, on n'avoit pas entendu l'intention de monsieur le doyen, dont la pensée n'estoit point des jours extraordinaires pour des conférences particulières, *mais bien que l'on prist des jours ordinaires du Bureau, qui feussent différends de ceux du chapitre,* affin que monsieur le doyen peust facilement s'y trouver, à quoy ledit sieur de Gomont fit response que, quant à luy, il n'avoit entendu autre chose sinon qu'une conférence particulière ; sur ce ledit sieur doyen et lesdits sieurs de Gamaches et de Saint Jean Granger et ledit sieur de Gomont se joignirent ensemble, et monsieur de Gamaches dit à monsieur le doyen : « Je voyois bien que ces messieurs n'entendoient parler que d'une conférence particulière. » Monsieur le doyen fit response qu'il avoit entendu parler des jours ordinaires du Bureau, affin que l'on donnast des jours qui feussent différends de ceux du chapitre. Monsieur de Gomont luy dit qu'il y avoit bien de la différence de l'un à l'autre, qu'il entendoit donc que les jours du Bureau feussent changez, que cela estoit bien différend de ce que monseigneur le premier Président avoit dit à luy, sieur de Gomont. Monsieur le doyen répartit qu'il croioit pourtant s'en estre assez expliqué à monseigneur le premier Président, que c'estoit ledit seigneur qui avoit demandé la conférence, et que luy sieur doyen luy avoit respondu que les jours du Bureau estant aux mesmes jours que l'on tient chapitre, il ne pouvoit pas se trouver au Bureau, à quoy monsieur de Gomont luy dit qu'il vouloit croire que c'estoit monseigneur le premier Président qui luy avoit le premier parlé de conférence, mais que pour monstrer que monseigneur le premier Président n'avoit point entendu que ce feust pour un changement de jour du Bureau, il avoit dit à luy sieur de Gomont que l'on prendroit un jour extraordinaire, et que ce serait au Bureau, ou bien chez luy seigneur premier Président, ainsy qu'on le trouveroit plus à propos.

Monsieur le doyen dit que s'il ne s'agissoit que d'une, deux ou trois conférences, il pourroit bien prendre son temps de quitter quelque fois le chapitre, pour se rencontrer au Bureau, sans se mettre en peine de prendre des jours extraordinaires, mais comme il avoit la faculté d'aller au Bureau toutes fois et quantes que bon luy sembleroit, et qu'il desiroit contribuer de tout son possible au

(1) On ne peut pas être plus chicaneau et jouer davantage sur les mots.

(2) Conclusion : tous ceux qui paient n'ont aucun droit, et ceux qui ne donnent rien les possèdent tous ! Singulier raisonnement contraire à toute pratique. Il est vrai qu'il est bien agréable de donner ce qui ne vous coûte rien, et c'est ainsi que bon nombre de pseudo-philanthropes et notamment les prêtres se font une réputation usurpée de *petits manteaux bleus.*

(3) Et le vœu d'humilité ?

(4) Toujours la liberté pour eux et l'autorité. Des ordres à donner, pas même un conseil à recevoir. Il est vrai que l'Eglise est infaillible !

bien de la maison, il n'estoit pas raisonnable que cela luy feust osté par l'impossibilité de se rencontrer aux jours de Bureau, que l'on pouvoit changer l'assemblée du vendredy ou sabmedy, qu'aussy bien le vendredy estoit trop proche du mercredy, qui estoit un autre jour du Bureau, et qu'il n'y avoit point de proportion. Monsieur de Gamaches dit que le vendredy estoit le principal jour du Bureau, mais qu'il seroit plus à propos de changer le mercredy et prendre garde de ne point tomber au lundy, parce que c'estoit encore un jour de chapitre. Monsieur de Gomont dit que c'estoit une chose importante, dont il falloit parler à monseigneur le premier Président et au Bureau; qu'il en falloit parler à l'un et à l'autre, parceque c'estoit un règlement de conséquence, qu'il disoit de luy seul, sans que cela peust préjudicier, que s'il y avoit du changement à faire aux jours du Bureau, il n'y avoit donc plus en la sepmaine que le mardy, le jeudy et le sabmedy, qu'il seroit malaisé de changer le vendredy, parceque c'estoit le jour le plus considérable du Bureau; qu'il n'y auroit pas d'apparence de prendre le jeudy et le vendredy, parceque ce seroit deux jours trop proches l'un de l'autre, qu'il seroit donc plus expédient de prendre le mardy et le vendredy; que luy sieur de Gomont estimoit que s'il y avoir lieu au changement, le mardy ne seroit pas moins comode que le mercredy soit pour monseigneur le premier président, soit pour messieurs les administrateurs, mais adjoustant toujours que c'estoit un règlement important dont il falloit parler et en prenant congé, monsieur le doyen luy dit qu'il espéroit qu'il contribuerait de tout son possible pour luy faire donner cette satisfaction, à quoy ledit sieur de Gomont luy fit response qu'il s'employeroit pour son service pour le bien du Bureau et pour la paix, et ainsy se séparèrent.....

Ledit sieur de Gomont alla ensuitte en l'apotiquairerie de l'Hostel Dieu, où il trouva messieurs Cramoisy, Leconte, Lhoste, Pepin et Perreau assemblés, à qui il fit récit des dernières conférences qu'il avoit eues avec monsieur le doyen, sur quoy monsieur Cramoisy dit qu'il avoit bien reconeu, au discours de monsieur le doyen, qu'il ne vouloit point de conférence particulière, mais que son intention estoit de changer les jours de Bureau; chacun desdits sieurs dit que cela estoit très important et qu'il falloit faire de sérieuses réflexions; qu'ils n'estimoient pas que monsieur le doyen feust administrateur du temporel, ainsy qu'il prétendoit, que les termes du règlement de mil cinq cens cinq, qui avoit donné l'administration du temporel aux administrateurs et la possession depuis cent cinquante ans résistoit à cette prétention; *que quand monsieur le doyen venoit au Bureau, ce n'estoit que pour choses concernant le spirituel, et que par après il se retiroit,* qu'il falloit veoir pour ce sujet les titres et les registres, que cela était de la derniere conséquence, si on vouloit conserver l'administration temporelle comme elle est à présent. Ce que dessus ayant esté raporté à monseigneur le Premier Président par messieurs de Gomont et Perreau, selon la députation que le Bureau avoit fait d'eux, monseigneur le Premier Président dit que la prétention de monsieur le Doyen estoit très importante qu'il ne fallait point du tout entrer en conférence pour changer les jours du Bureau et comme il luy avoit esté représenté que monsieur Cramoisy avait fait lecture d'un arrest qui assignoit les jours du Bureau aux mercredy et vendredy, monseigneur le Premier Président dit que quand il n'y auroit point d'arrest, il falloit s'en tenir à l'usage et à la possession ancienne, que pour ce qui le concernoit il estait vray qu'il avoit parlé le premier à monsieur le doyen de faire une conférence avec messieurs les administrateurs du temporel, qu'il l'avoit fait par l'ordre du Bureau, mais qu'il n'avoit jamais entendu que cette conférence feust pour changer l'ordre et les jours du Bureau, ny pour donner à monsieur le doyen de Nostre-Dame l'administration du temporel, qu'il ne croyoit pas que ce feust l'intention de monsieur le doyen, que luy du moins, seigneur Premier Président ne la descouvroit pas, que si monsieur le doyen, lorsqu'il avoit déclaré que tous ceux du Bureau n'estoient pas de mesme sentiment, avoit entendu parler de luy seigneur Premier Président, comme lesdits sieurs de Gomont et Perreau luy avoient remarqué, il déclaroit qu'il n'avait jamais esté d'autre advis que de celluy du Bureau et qu'il iroit au premier jour au Bureau, affin qu'il y feust délibéré et résolu sur ce qu'il y avoit à faire en cette rencontre.

(Délibns *Reg.* 22 et *Docts*, tom. I, p. 107-111). A. ROUSSELET.

Service des aliénés. — Instructions.

Paris, le 1er aout 1887.

Monsieur le prefet, l'article 4 de la loi du 30 juin 1838 vous impose l'obligation de visiter périodiquement les établissements publics ou privés, consacrés aux aliénés.

J'attache une grande importance à l'accomplissement de cette formalité légale, et j'insiste auprès de vous, d'une manière toute spéciale, pour que vous vous y conformiez exactement. Plus vos visites seront fréquentes, plus sûrement sera atteint le but qu'a eu en vue le législateur en les prescrivant. Aussi me semble-t-il indispensable que vous en fassiez une au moins chaque trimestre. Pour que ces visites soient utiles, il importe qu'elles aient lieu à l'improviste. Je désire, d'autre part, que vous ne déléguiez à personne le soin d'y procéder en votre lieu et place.

Vous en profiterez pour constater les conditions dans lesquelles se trouvent les malades; vous recommanderez au directeur de vous signaler ceux qui sollicitent leur sortie de l'établissement. Afin d'écouter leurs réclamations, vous vous ferez fournir par le médecin toutes les indications qui vous seront utiles pour vous renseigner sur leur état, et, dans le cas où quelque doute subsisterait dans votre esprit sur la nécessité de leur maintien en traitement, vous ne devriez pas hésiter à prescrire une enquête médicale.

Vous rappellerez, d'ailleurs, en tant que de besoin, aux médecins, que les douches ne doivent être prescrites que pour le traitement des malades et qu'ils doivent rigoureusement s'abstenir de les employer comme moyen de punition.

Après chaque visite, vous m'adresserez un rapport dans lequel vous me rendrez compte de la tenue générale de l'établissement, des soins donnés aux malades et du résultat des enquêtes que vous auriez cru devoir ordonner à l'égard de tel ou tel malade.

Il me paraît également indispensable d'appeler votre attention sur les mesures prises dans certains cas à l'égard des malades placés en observation dans les hospices. Je me réserve de vous adresser, s'il y a lieu, des recommandations spéciales au point de vue des conditions d'installation des cellules qui leur sont affectées; mais, dès aujourd'hui, je crois devoir vous signaler un mode de procéder regrettable, qui m'a été indiqué comme se pratiquant dans certains départements. Les malades seraient parfois transférés d'un hospice dans un autre, avant d'être définitivement placés dans un asile spécial. Or, ces changements qui peuvent ne pas être sans inconvénient, ne présentent tout au moins aucun avantage et vous ne devez les tolérer que pour des raisons tout exceptionnelles.

La question de la durée de la mise en observation est digne aussi de toute votre sollicitude. Il faut évidemment qu'elle soit suffisante pour permettre de constater l'état de celui qui est l'objet de la mesure, mais il importe, d'un autre côté, qu'elle ne se prolonge pas, dès qu'une affection mentale est reconnue, afin que celui qui en est atteint reçoive sans tarder tous les soins que réclame son état et qu'il ne saurait trouver ailleurs qu'à l'Asile même.

Je vous recommande de ne pas perdre de vue les instructions contenues dans la présente circulaire, dont vous voudrez bien m'accuser réception.

Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le ministre de l'intérieur,
A. FALLIÈRES.

Incident regrettable à l'hospice des varioleux d'Aubervilliers.

Deux journaux du matin ont longuement raconté aujourd'hui l'histoire d'une déplorable erreur commise dans le service de l'Assistance publique. L'enquête que nous avons menée nous permet de réduire à ses véritables proportions ce fait, d'ailleurs très regrettable, mais dû uniquement à une erreur commise par une suppléante infirmière, qui sera sévèrement punie. Il y a deux mois et demi environ, Mme veuve Duhamel, concierge, avenue Bugeaud, 28, faisait recevoir à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, son fils Georges, agé de trois ans et demi, atteint de la variole. Ne pouvant aller voir son enfant, Mme Duhamel demanda à plusieurs reprises de ses nouvelles à l'administration de l'hôpital. Les réponses accusèrent un état de santé toujours s'améliorant, et enfin, le 28 juillet dernier, la mère reçut avis de la complète guérison de son enfant. Elle l'envoya aussitot chercher par une de ses amies intimes, Mme Charles.

Quelle ne fut pas la stupéfaction de celle ci en se voyant présenter par les employés de l'hôpital un enfant qui ne ressemblait aucunement au petit Georges. Elle refusa de l'emmener. Quelques jours après, le 1er août, une infirmière conduisait le même enfant chez Mme Duhamel, qui, au premier coup d'œil, constata qu'il n'était pas son fils et refusa de le recevoir. Enfin, sur les instances de la pauvre mere affolée, une enquête établit que le petit Georges Duhamel était mort le 7 juin et que l'enfant que l'on avait pris pour lui était le fils d'un nommé Molera, chiffonnier, demeurant cité Doré, 16 *bis*, dans le 13e arrondissement.

Voici, d'après l'administration de l'Assistance publique, comment cette erreur avait été commise : L'hopital d'Aubervilliers est divisé en quatre pavillons.

L'enfant Duhamel, entré à l'hopital le 25 mai, avait été placé d'abord dans le *pavillon* n° 3. Il avait été ensuite — le 29 mai — placé dans le *pavillon* n° 2, où l'enfant Molera, du même âge que lui, entré à l'hôpital le 31 mai, occupait un lit à côté du sien. Enfin, le 4 juin, sur la décision du médecin de service, les deux enfants etaient transférés dans le *pavillon* n° 4 (1). C'est pendant cette

(1) Ces changements multiples étaient faits pour rendre possible la confusion de deux enfants, à peu près de même age, et défigurés par la variole.

translation que l'infirmière suppléante chargée d'emporter les enfants, complètement défigurés par les ravages de la maladie, s'est trompée et a confondu les deux pancartes contenant les numéros matricules et les signalements des malades, si bien qu'elle a placé à la tête du lit de l'enfant Duhamel la pancarte de l'enfant Molera, et réciproquement. Le 7 juin, Georges Duhamel mourait, et, trompé par l'erreur de la pancarte, le commis chargé de la comptabilité prévenait M. Molera de la mort de son fils. Le père suivit le convoi de l'enfant qu'il croyait être le sien.

Dès que l'erreur a été reconnue, l'Administration a fait son possible pour donner satisfaction aux intéressés. La fatale nouvelle fut annoncée avec tous les ménagements convenables à Mme Duhamel. Toutes les démarches nécessaires pour l'établissement de l'acte de décès de son fils ont été faites d'urgence auprès du procureur de la République, par les soins de l'Assistance publique, et, cela va de soi, sans que la malheureuse mère eût à s'en occuper. Enfin l'infirmière suppléante coupable de cette déplorable négligence dans son service sera l'objet d'une sévère punition, que l'Administration s'empressera de porter à la connaissance du public, justement ému.

D'autre part, voici comment M. Molera a été informé de l'erreur commise. L'économe de l'hôpital se rendit cité Doré, et, prenant M. Molera à part, lui parla des vêtements de son fils et lui demanda de l'accompagner à l'hôpital pour les reconnaître. En route, le père lui dit : « *C'est étonnant, mais quand j'ai vu le cadavre de mon enfant, je ne l'ai pas reconnu* (1). » L'économe lui demanda alors s'il ne connaissait pas, à son enfant, certains signes particuliers.

— Oui, répondit le père, il avait dans le dos « une envie » et portait au cou trois petites médailles, un souvenir de famille.—Eh bien ! ajouta l'économe, une erreur a pu être commise, je ne veux pas vous causer une fausse joie ; tout à l'heure, dans mon bureau, on va vous présenter un enfant. Peut-être est-ce le vôtre.

Arrivés à l'hôpital, l'économe et M. Molera attendirent quelques instants dans la salle de réception. Tout à coup un enfant superbe, alerte, parut en poussant un grand cri de joie ; il se jeta dans les bras de son père. On pense quel fut le contentement de M. Molera. L'économe remboursa au père les frais de l'enterrement, soit 25 francs, et écrivit au procureur de la République pour lui demander une rectification d'état civil, car le jeune Molera est inscrit comme mort sur les registres de la mairie d'Aubervilliers. *Le Temps.*

Thèses de Bordeaux (*suite*).

MM. Besnard : De l'hygroma aigu suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne. — Sargam : Calculs des uretères. — Tréguier : Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale. — Merveilleux : Considérations sur l'hygiène des troupes à la Guadeloupe. — Bonain : De l'emploi de l'oxyde de zinc dans le traitement de la diarrhée et de la dysenterie chroniques des pays chauds. — Thamin : Contribution à l'étude des luxations de la clavicule. — Damany : La province et la citadelle de Konang-Rames. Étude de géographie médicale et de pathologie exotique. — Calmeilles : De l'exotrophie vésicale. — Verniolle. Essai de sériation méthodique des principales eaux minérales naturelles de France.

MM. Barincou : De quelques cas d'atrophie musculaire unilatérale et de leur traitement par l'électricité. — Guellet : Contribution à l'étude du pays de Porto-Novo. — Bombart : Les familles d'épileptiques. — Roux : Contribution à l'étude de la paraplégie précoce d'origine syphilitique. — Lauron : Du traitement de l'hydarthrose chronique essentielle par l'injection phéniquée. — Ripoteau : Contribution à l'étude du traumatisme et du rhumatisme. — Bon : Des rétentions d'urine inflammatoires et de leur traitement. — M. Julia : Sur les symptômes thoraciques initiaux de la tuberculose pulmonaire. — Bertrand : Contribution à l'hygiène nasale. Histoire d'une épidémie de choléra survenue à bord du transport hôpital. Le Tonquin (*mesures prophylactiques, assainissement et désinfection de ce navire*. — Crossouard : Étude à l'appui de l'origine infectieuse du tétanos et en particulier de son origine équine.

MM. Crambes : Contribution à la géographie médicale du Soudan occidental (*La région aurifère entre le haut Sénégal et le haut Niger.*) — Piron : Des myosites suppurées et du paludisme. — Benon : Traitement de l'ongle incarné *nouveau procédé opératoire*). — Sallebert. Étude sur les récidives de la fièvre typhoïde. — de Taroni : Contribution à l'étude de l'éléphantiasis du scrotum, notamment chez les indigènes de la Nouvelle Calédonie et des îles environnantes. — Bérolleau : Souvenirs d'une Campagne au Sénégal sur la Salamandre (*hivernage* 1885). — Sequinard : Du cloisonnement du vagin dans la chute de la matrice. — Alliot : Étude sur une épidémie de Dengue observée à Taïti (janvier à mai 1885), sa propagation à bord de l'aviso. *Le Volage*). — Dufour : Que faut-il faire du testicule en ectopie inguinale dans le cas de hernie inguinale étranglée. — Dufourc. De l'adénopathie trachéo-bronchique (Hérédo-Syphilitique).

MM. Boullangier : Traitement par la trépanation hâtive des abcès intra-mastoïdiens. — Angier : Contribution à l'étude des accès pernicieux algides (*mer des Antilles*). — Rousseau ; De la fièvre bilieuse hématurique au fort du Bammako (*campagne* 1885-1886). — Bène : Étude sur trois cas d'empoisonnement par le phosphore traités par l'essence de térébenthine. — Martenot : Quelques considérations sur le traitement de l'hydrocèle. — Daliot : Contribution à l'hygiène navale. Relation médicale d'un convoi de rapatriement d'émigrants indiens (*Considérations étiologiques sur le Béribéri*). — Dupond : Étude sur la syphilis du nez et des fosses nasales (*accidents primitifs et secondaires*).—Desmontils : Des cas de dystocie dus à l'excès de volume absolu ou relatif des épaules du fœtus. — Plouzané : Contribution à l'étude de l'hygiène pratique des troupes européennes en campagne dans les pays intertropicaux (*haut Sénégal et haut Niger*). — Joyau : Des hémorrhagies intestinales du premier âge consécutives à l'invagination.

MM. Perron : Considérations sur les causes et le traitement des otites moyennes chroniques. — Sérieyx : Du secret médical, ce qu'il est, ce qu'il devrait être, au point de vue de la contagion et de l'avortement. — Fischer : Du rappel de la parole chez les aphasiques. — Moulinée : Les dégustateurs en Gironde et l'alcoolisme professionnel. — Peytoureau : La glande pinéale et le troisième œil des vertébrés (*avec 12 figures dans le texte*). — Villedary. — Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement. — Ilbert : De l'emploi de l'eau sulfo-carbonée dans le traitement de la diarrhée de Cochinchine. — Senesse : Traitement local de la phthisie laryngée. — Babot : L'aviso. *Oyapock*, pendant l'épidémie de fièvre jaune du Maroni (1886). — de Boyer de Camprieu : Empoisonnements par les substances alimentaires altérées. — Blanc-Fontenille. — Étude sur une forme particulière de delire hystérique (*délire avec amnésie*). - Grasset : Étude clinique sur les troubles de la sensibilité cutanée chez les alcooliques. — Amiaud : Quelques considérations sur les ruptures musculaires. — Firpo : Contribution à l'étude de la restauration immédiate du périnée dans les déchirures post-partum. — M. Pouchet : Des tumeurs éburnées de l'orbite. — Colle : Des complications oculaires dans l'érysipèle de la face. — Fassy : Considérations sur l'état mental dans le diabète — Lallour : Contribution à la géographie médicale. La baie de Passadava et le poste d'Amboudimadiron (*côte nord-ouest de Madagascar*). — Suzanne : Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche avec étude anatomique et pathogénique sur la grenouillette commune ou sublinguale. — Kergrohen : Étude sur la pathologie de Taïti.

MM. Henry : Contribution à l'étude des fièvres typhiques récurreuses d'origine climatique observées à la Guadeloupe. — Jollet : Contributions à la géographie médicale du Soudan occidental. Histoire médicale du poste de Koundon (1884-1886) (Étude d'hygiène et de pathologie exotiques. — Morel : Étude critique sur les injections rectales gazeuses dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Dupuy : Des idées ambitieuses dans l'état mental consécutif à la folie alcoolique.

Enseignement médical libre.

Clinique médicale.— M. BALLET, agrégé, suppléant M. Péter, fait à l'hôpital Necker, à partir du 9 août, les mardis et vendredis à 9 heures, une visite dans les salles et une démonstration clinique au lit des malades.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 31 juillet 1887 au samedi 6 août 1887, les naissances ont été au nombre de 1137, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 427 ; illégitimes, 173. Total, 600. — *Sexe féminin* : légitimes, 385 ; illégitimes, 152. Total, 537

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 31 juillet 1887 au samedi 6 août 1887, les décès ont été au nombre de 868, savoir : 449 hommes et 419 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 5. T. 12. — Variole : M. 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 6, F. 7. T. 13. — Scarlatine : M. 2, F. 5, T. 7. — Coqueluche : M. 4, F. 0. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 11 F. 12, T. 23. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 71. T. 175. — Autres tuberculoses : M. 15 F. 14. T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 24. T. 38. — Méningite simple : M. 14, F. 18. T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 11, F. 15. T. 26. — Paralysie :

(1) Ceci explique, sans la justifier, mais dans une certaine mesure, la méprise de l'infirmière suppléante.

M. 0, F. 1. T. 1. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 2. T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 15, F. 29. T. 44. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 6. T. 10. — Bronchite chronique : M. 8, F. 14. T. 22. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 7. T. 15. — Pneumonie M. 15, F. 13. T. 28. — Gastro-entérite, biberon : M. 47, F. 52.T. 99. — Gastro-entérite, sein : M. 24, F. 15. T. 39. — Autres gastro-entérite : M. 7. F. 5. T. 12. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10. F. 10, T. 20. — Sénilité : M. 7, F. 21. T. 28. — Suicide : M. 12, F. 7. T. 19. — Autres morts violentes : M. 9, F. 2. T. 11. — Autres causes de mort : M. 84. F. 52. T. 136 — Causes restées inconnues : M. 4. F. 4. T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 92, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 41, illégitimes, 14. Total : 55. — *Sexe féminin :* légitimes, 28 ; illégitimes, 9. Total : 37.

Faculté des sciences de Paris. — M. Dastre, docteur es sciences, est nommé professeur de *physiologie*. Nous adressons nos plus vives félicitations à notre ami et collaborateur M. Dastre.

Faculté des sciences de Caen. — M. Morière, doyen de ladite Faculté, est nommé doyen honoraire.

Faculté de médecine de Paris. — M. Richet, professeur agrégé, est nommé professeur de *physiologie*.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques de la Faculté de médecine de Paris est composé comme il suit pour l'année scolaire 1887-1888 : *Travaux pratiques de physique :* MM. Guebbard, agrégé, chef des travaux ; — Sandoz, préparateur ; — Mergier, préparateur. — *Travaux pratiques de chimie :* MM. Hanriot, agrégé, chef des travaux ; — Morange, préparateur ; — Groslons, préparateur-adjoint ; — Bonvanet, préparateur-adjoint ; — de Thierry, préparateur-adjoint. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle :* MM. Faguet, chef des travaux ; — Berger, préparateur ; — Blondel, préparateur ; — Artand, préparateur. — *Travaux pratiques de physiologie :* MM. Laborde, chef des travaux ; — Gley, préparateur ; — Rondeau, préparateur ; — Pignol, préparateur-adjoint ; — Langlois, préparateur-adjoint. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique :* MM. Brault, chef des travaux ; — Chantemesse, préparateur ; — Durand-Fardel, préparateur ; — Toupet, préparateur ; — Widal, moniteur ; — Marsan, moniteur ; Clado, moniteur.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Hamelin, professeur agrégé, est nommé professeur de *thérapeutique* et *matière médicale*. — Un congé, pendant l'année scolaire 1887-88, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Cavalier, professeur de clinique des maladies mentales à ladite Faculté.

École de médecine et de pharmacie de Limoges. — M. Dépéret-Muret, professeur de pathologie interne à ladite école, est nommé professeur honoraire.

École de médecine et de pharmacie de Marseille. — MM. Quéiral et Marcorelles, anciens suppléants à ladite école, sont rappelés à l'exercice jusqu'au 31 octobre 1887.

École de médecine et de pharmacie de Rouen. — M. Thierry, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à ladite école, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologie.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Gand.* — M. E. Lahousse est chargé du cours de *physiologie* humaine, en remplacement de M. J. Mac-Leod, nommé professeur de botanique. — *King's collège de Londres.* — M. E. Crookshank est nommé professeur de *bactériologie*. — *Faculté de médecine d'Iéna.* — M. Gartner, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire d'*hygiène* et de *médecine légale*. — *Faculté de médecine de Munich.* — M. R. Ziegenspeck est nommé privat-docent d'*obstétrique* et de *gynécologie*

Concours *pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie de 3e et de 4e année en fonctions dans les hôpitaux et hospices* (année 1887). — Ce concours est facultatif. Deux bourses de voyage, de 2,000 francs chacune, seront attribuées : la première à l'interne qui obtiendra la médaille d'or, et la deuxième à l'interne qui obtiendra la médaille d'argent. La première bourse sera attribuée à l'interne médaille d'or en remplacement de l'une des deux années supplémentaires accordées par le règlement. La composition écrite aura lieu le jeudi 1er décembre 1887, à midi précis, dans l'Amphithéatre de l'Administration, avenue Victoria, no 3. — Les élèves qui désireront prendre part au Concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. — Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Choléra en Italie. — En *Sicile*, l'épidémie dont on avait annoncé un instant la décroissance fait encore de nombreuses victimes. A Catane la moyenne des décès cholériques se maintiendrait à 6.

Le choléra a fait son apparition à *Naples* et à *Malte*. A Naples on a relevé, du 5 au 6 août, 7 cas de choléra suivis de décès ; à Resina, près de Naples, 12 cas et 8 décès du 5 au 6 août ; il y aurait eu en moyenne, la semaine dernière, dans ces deux localités, 14 cas et 10 décès par jour ; à Malte, on enregistrait le 8 août 7 nouveaux cas et un décès.

Des *quarantaines* sont établies dans tous les ports de la Méditerranée pour les navires provenant de Sicile et du midi de la péninsule jusqu'à Gaete.

Congrès et conférences de l'Exposition internationale de 1889. — Un arrêté du ministre du commerce vient d'instituer, pendant la durée de l'Exposition universelle de 1889, une série de congrès et conférences, divisées en quinze sections. La sixième se rapporte aux *sciences médicales*, sous la direction d'un comité composé de : MM. Baillon, Bergeron, Daubrée, A. Milne Edwards, Mallard, professeur à l'École des Mines, Marey, Quatrefages, Ch. Richet, Verneuil. La onzième se rapporte à *l'hygiène et à l'assistance publique*, sous la direction d'un comité composé de : MM. Bérenger, sénateur ; Brouardel ; Herbette, directeur de l'administration pénitentiaire ; Ch. Herscher, vice-président de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle ; Matrat, chef de bureau au ministère de la guerre ; Ch. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur ; Napias ; Th. Roussel ; Paul Strauss, conseiller municipal de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boul. Saint-Germain.

Richet (Ch.). — Essai de psychologie générale. Volume in-18 de 193 pages. Prix : 2 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 16, rue Hautefeuille.

Serrand (R.). — Tuberculose pulmonaire, sa médication par le humage des vapeurs hydro-sulfurées. Brochure in-8 de 7 pages.

Renzi (de) et Amoroso (G.). — Ricerche spirimentali sulla rabbia. Brochure in-8 de 12 pages. Napoli, 1887. — Librairie Giovanni Jovere.

Salm (A.) Ueber Antifebrin als Antiepilepticum. Brochure in-8 de 6 pages. — Leipzig, 1887. — Librairie Veit et Cie.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'École-de-Médecine.

Cazaux (M.). — Indications thérapeutiques de l'eau minérale des Eaux-Bonnes. Brochure in-8o de 16 pages.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Barety (A.). — Le magnétisme animal étudié sous le nom de force neurique rayonnante et circulante dans ses propriétés physiques, physiologiques et thérapeutiques. Volume in-8o, de 662 pages, avec 82 figures. — Prix : 14 fr.

Brochard. — L'art d'élever les enfants. Brochure in-18 de 24 pages. — Prix : 25 c.

Filleau (A.) et Petit (L.). — Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phthisie pulmonaire. — *Premier fascicule*, in-8o de 55 pages. — Prix : 2 fr. — *Deuxième fascicule*, in-8o de 140 pages. Prix : 3 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 34. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 20 AOUT 1887.

Le Progrès Médical

OTOLOGIE

Des insufflations d'air dans l'oreille moyenne;

Par le Dr **JACQUEMART**, ancien chef de clinique des Sourds-Muets à Paris (1).

Les maladies de l'oreille ont, pour la plupart, leur siège dans l'oreille moyenne : ou bien ce sont des affections qui ont pris naissance immédiatement dans cette cavité, comme certaines formes de sclérose, par exemple ; ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, elles ne sont que l'extension d'une affection de même nature siégeant préalablement dans les trompes, affection ayant eu son point de départ sur la muqueuse naso-pharyngienne. La muqueuse de la région naso-pharyngienne, des trompes, et des cavités des oreilles moyennes étant identique comme structure, ayant même réseau vasculaire du système lymphatique, on comprend qu'une affection des fosses nasales et de la partie haute du pharynx se communique par propagation de voisinage, jusqu'aux dernières limites de cette muqueuse, quand on lui laisse le temps nécessaire pour cette propagation.

Le traitement de ces affections des oreilles moyennes, et nous dirons aussi des trompes, puisque ces dernières sont affectées en même temps, ce traitement consiste toujours presque exclusivement, en des insufflations d'air simple ou médicamenteux. Qu'on s'attaque simultanément ou non, à la cause initiale, le catarrhe naso-pharyngien, il est toujours indiqué, quand même, de faire lesdites insufflations. Nous n'entrerons pas dans l'explication des raisons pour lesquelles nous trouvons ce mode de traitement nécessaire. Nous admettons le fait comme étant reconnu en principe, et nous voulons seulement nous occuper des moyensd'appliquer ce traitement.

Pour faire les insufflations d'air dans les oreilles moyennes, on faisait depuis longtemps le cathétérisme des trompes d'Eustache au moyen de sondes disposées pour cela, suivant le chemin qu'il fallait parcourir, afin d'atteindre l'embouchure desdites trompes, embouchure située dans l'espace pharyngien supérieur et postérieur des fosses nasales.

Le premier homme qui eut l'idée de faire le cathétérisme des trompes fut, on le sait, un maître de postes de Versailles nommé Guyot qui, devenu sourd, et ressentant l'impression d'oreilles bouchées, s'est dit qu'en dégageant les trompes il pourrait se soulager. (Il s'était instruit sur la conformation anatomique de l'oreille.) Et en effet, ayant réussi dans sa tentative, il fut absolument guéri de sa surdité. Ce Guyot était arrivé jusqu'à l'entrée des trompes en introduisant une sonde par la bouche, et en remontant derrière le voile du palais jusqu'à la rencontre des orifices tubaires.

Guyot eut des imitateurs. Mais la voie buccale n'était pas facile à suivre chez tous les individus ; chez beaucoup, en effet, la sensibilité réflexe du pharynx empêchait de pénétrer au-dessus du voile. On songea alors à pénétrer par les fosses nasales pour atteindre l'embouchure des trompes De cette façon, on n'aurait plus à lutter contre l'action réflexe. On modifia donc la courbure des sondes, et on parvint plus facilement par cette nouvelle voie qu'on n'avait fait jusque-là par le procédé de Guyot. On prit des points de repère, et on décrivit des procédés Il arriva même ceci, c'est que tous les chirurgiens qui s'occupèrent d'otiatrie exposèrent chacun un procédé auquel ils donnèrent leur nom. Chacun prétendit que le sien était le meilleur.

La diversité des procédés montre que l'introduction d'une sonde par les fosses nasales et sa pénétration sûre dans la trompe, n'est pas chose facile comme on pourrait le croire de prime abord.

Pour moi, j'ai vu de nombreuses variétés dans la conformation des fosses nasales ; j'ai vu précisément, en raison de ces variétés, qu'on est très souvent arrêté quand on se sert d'un procédé toujours identique, quel que soit d'ailleurs ce procédé. Je me suis dit alors que le seul bon est celui qui les comprend tous, c'est-à-dire qui emprunte à chacun ce qui convient pour le cas qui se présente, suivant la conformation des fosses nasales de la personne qui nous est soumise.

Mais je reviens à mon sujet : J'ai dit qu'on fait le cathétérisme de la trompe pour insuffler de l'air dans la cavité tympanique. Ce fut même le seul moyen employé depuis Guyot jusqu'à ces dernières années. — Mais le cathétérisme demande une main exercée : Ce que je viens de dire de la difficulté de la chose le montre bien. Or, il y a peu de spécialistes ou de médecins qui sachent le faire couramment, avec certitude de réussir dans tous les cas. D'autre part les malades ne peuvent pas, la plupart du temps, se tenir déplacés de chez eux, pendant les longs mois, quelquefois plus, que doit durer le traitement répété deux ou trois fois par semaine, ou bien ils n'ont pas les moyens pécuniaires de revenir aussi souvent qu'il le faudrait vers le spécialiste pour que ce dernier renouvelle l'opération. Il arrive donc presque toujours que l'affection reconnue n'est pas soignée ou qu'elle l'est incomplètement ; et bien entendu, dans ces conditions, elle continue à progresser. Je ne dis rien des personnes pusillanimes qui refusent tout traitement du moment que ce traitement consiste à faire le cathétérisme.

M. le Dr Politzer, de Vienne, indiqua un autre procédé pour introduire de l'air dans les oreilles moyennes. M. Politzer s'est appuyé, pour cela, sur le principe qui fait que la trompe s'ouvre quand s'effectue la déglutition.

On sait que la trompe est ordinairement fermée par l'accolement de ses parois cartilagineuses et membraneuses. On sait que le muscle péristaphylin externe s'insère d'une part à un tendon qui va se confondre avec l'aponévrose palatine; qu'il s'insère d'autre part en grande partie à l'aile antérieure du pavillon tubaire. De même le péristaphylin interne prend ses attaches au voile du palais et à l'aile postérieure du pavillon. Enfin le constricteur pharyngien supérieur prend de chaque côté une partie de ses attaches extrêmes sur les cartilages postérieurs de l'un et l'autre pavillon tubaire.

(1) Communication à la *Société de médecine et de climatologie* de Nice.

On voit par ces données anatomiques très sommaires, mais que je n'ai pas cru devoir développer davantage pour ce travail, on voit, dis-je, que l'orifice de la trompe doit s'ouvrir pendant les mouvements de déglutition. L'aile antérieure du pavillon est tirée en avant, en dehors, et en bas par la contraction du muscle péristaphylin externe ; l'aile postérieure est d'autre part tirée en arrière, en dedans et en bas par le péristaphylin interne et aussi par le muscle constricteur pharyngien supérieur. En un mot si nous examinons ces trois muscles en fonction, c'est-à-dire à l'état de contraction pendant l'acte de la déglutition, nous voyons qu'ils produisent du même coup le relèvement du voile du palais, l'élévation du pharynx, et l'obturation de la cavité naso-pharyngienne. Cette obturation tend à empêcher le reflux des aliments, surtout des liquides vers les parties supérieures du pharynx et des fosses nasales. Mais un autre effet obtenu simultanément, c'est l'ouverture des trompes.

Monsieur Politzer considérant ce double effet, la fermeture de la cavité naso-pharyngienne et l'ouverture des trompes, songea à profiter de ce moment pour pousser de l'air jusque dans les trompes et dans les caisses tympaniques. — Pour cela il fait prendre au malade un peu d'eau dans la bouche ; Ensuite il ferme les fosses nasales, l'une avec le doigt appuyé sur la partie molle de la narine, l'autre avec une canule olivaire à laquelle se rattache une grosse poire à insufflation. Il peut aussi fermer les deux narines chacune par une canule olivaire.

Le malade a gardé l'eau en réserve dans la bouche. Alors au commandement de « avalez » le médecin ou toute autre personne, (le malade lui-même peut le faire) presse sur la poire à insufflation. L'air ainsi chassé avec force dans l'espace naso-pharyngien fermé de toute part par le fait de la déglutition simultanée, cet air, dis-je, comprimé, cherche une issue. C'est alors qu'il rencontre béantes les deux trompes ouvertes par le même mouvement de déglutition, et qu'il est chassé plus ou moins loin dans les conduits tubaires. Et même si les trompes ne sont pas obstruées ou rétrécies ; si d'autre part la compression de la poire a été faite bien simultanément avec le mouvement de déglutition, il est probable qu'une certaine quantité d'air pourra pénétrer jusque dans les oreilles moyennes.

Monsieur Politzer a donc réussi par ce moyen, à insuffler de l'air dans les trompes et les caisses sans qu'il fût besoin de recourir au cathétérisme proprement dit. Il a certainement rendu un très grand service à ses malades : Car lorsque le malade est familiarisé avec cette manœuvre qu'il peut du reste effectuer tout seul, il peut retourner chez lui et se soigner lui-même.

Placé souvent, comme M. Politzer, en présence de personnes qui ne pouvaient rester soumises à mes propres soins consistant en cathétérismes répétés par moi, j'ai songé à recourir au procédé du Docteur viennois. J'ai souvent fait les mêmes prescriptions. Mais très souvent j'ai retrouvé les malades, après un certain temps de ce traitement, nullement améliorés ; et même l'affection avait progressé sensiblement. Après m'être rendu compte que les malades avaient soigneusement exécuté toutes les indications que je leur avais fournies, je restai convaincu, non que le procédé de M. Politzer fut mauvais en soi, non, car il est rationnel, et le principe en est absolument bon ; mais j'ai trouvé que bien souvent il est insuffisant s'il reste limité aux indications que j'ai décrites plus haut.

En effet, par le fait même de l'affection qui en a motivé l'emploi, les trompes sont ou rétrécies ou plus ou moins obstruées par les sécrétions muqueuses toujours abondantes dans tout état catarrhal. Il arrive donc que les trompes peu ou point perméables ne peuvent être franchies dans toute leur longueur par la colonne d'air qui n'est pas assez forte pour vaincre les obstacles que je viens de signaler. Alors l'insufflation n'arrive pas dans l'oreille moyenne, et le but est manqué, et un temps précieux est par cela même perdu. La maladie continue à progresser dans les caisses tympaniques ; la muqueuse s'épaissit, durcit ; les articulations des osselets s'enkylosent ; et la surdité s'accroît. Supposons même que l'air ait pu pénétrer jusqu'à la caisse. Cet air projeté par le simple procédé de M. Politzer n'est que de l'air simple souvent incapable, comme tel, d'opérer les modifications que réclame la muqueuse. On sent qu'il faut qu'un agent médicamenteux approprié à la lésion passe par là. Et si au lieu d'air simple, on avait projeté de l'air chargé, au passage, de quelque médicament volatile, on aurait probablement vu, tout doucement, les choses se passer de toute autre façon : On aurait provoqué des poussées quelque peu aigües sur cette muqueuse atteinte chroniquement, et comme tous les organes traités ainsi par substitution, on l'aurait ramenée à son état normal, ou du moins sensiblement améliorée.

M'inspirant de ces réflexions, j'ai songé à perfectionner le procédé de M. Politzer. J'ai cherché à donner plus de puissance à l'air projeté, et d'autre part à faire passer cet air avant son entrée dans la trompe, sur un médicament facilement volatilisable.

Au lieu de la simple poire à insufflation dont se sert M. Politzer et qui porte son nom, j'ai pris une poire à double ballon de Richardson. La deuxième boule de cette poire peut acquérir par distension une capacité double et même triple de la poire de M. Politzer. J'ai donné à cette boule des parois élastiques très épaisses de manière qu'elles réagissent avec beaucoup d'énergie. — J'ai adapté cette poire de Richardson à un flacon à deux tubulures, flacon d'une capacité assez grande aussi. En donnant à ce flacon une capacité double de la poire de Politzer, j'ai obtenu, y compris la capacité de la boule, un volume d'air 4 ou 5 fois plus grand que dans cette dernière. Cependant comme on ne peut compter comme air projeté et véritablement insufflé que la quantité qui sera expulsé de l'appareil par l'élasticité du réservoir de caoutchouc, j'estime à peu près, que nous aurons doublé le volume, qu'aurait pu donner la simple poire de M. Politzer. On pourrait augmenter certainement ce volume en augmentant la capacité des réservoirs. Mais en doublant c'est suffisant pour vaincre les obstacles ordinaires et arriver jusqu'à la caisse. — Quand l'engouement ou l'obstacle à la perméabilité de la trompe résiste à cette pression, il faut alors faire le cathétérisme avec la sonde (1).

Dans le fond du flacon à deux tubulures je mets une petite quantité d'une substance médicamenteuse volatile destinée à être entraînée par le courant d'air et portée avec lui jusque dans les trompes et dans les caisses tympaniques. La substance volatilisable que j'emploie est la suivante : 1° Goudron de Norvège, 2° Camphre, 3° Teinture d'iode, par parties égales et bien mêlées.

(1) D'ailleurs j'ai remarqué que si la pression dépasse certaines limites, il se produit un abaissement forcé du voile du palais, et alors on n'a plus les effets cherchés. En d'autres termes, il faut que nous évitions que la pression donnée par notre instrument dépasse la force qui retient le voile soulevé et tendu.

Je recommande de ne jamais employer d'autre teinture d'iode que celle faite avec de l'alcool éthylique bien pur. En effet l'alcool métylique est avec l'iode extrêmement caustique et dangereux à employer.

J'ai, je crois, de cette façon, réalisé les deux desiderata de l'appareil de M. Politzer, à savoir: plus de puissance à l'air projeté, et possibilité de porter un médicament indiqué dans les oreilles moyennes. — Un robinet placé sur l'une des tubulures, naturellement ce sera sur celle de dégagement, ou sur le tube de caoutchouc qui la continue, permet d'accumuler l'air dans la boule et dans le flacon; et il suffit d'ouvrir ce robinet juste en même temps qu'on effectue le mouvement de déglutition. En outre, au lieu de n'avoir qu'un seul tube et une seule olive de terminaison, j'ai mis un tube double et deux olives; de sorte qu'on ferme chaque fosse nasale avec une olive, au lieu d'avoir à maintenir

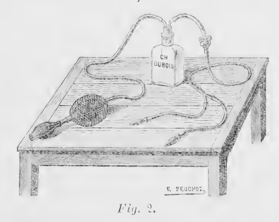


Fig. 2.

l'une des narines fermée avec le doigt. L'air pénètre beaucoup mieux et plus largement de cette façon.

Les essais que j'ai faits de ce procédé perfectionné furent suivis d'excellents résultats. J'ai vu les malades que j'avais soignés, auxquels j'avais fait depuis quelque temps le cathétérisme avec la sonde et qui bénéficiaient chaque jour du traitement, je les ai vus continuer à s'améliorer sensiblement en faisant chaque jour une courte séance d'insufflation avec mon appareil. D'autres moins heureux le furent pourtant assez pour voir se conserver l'amélioration que je leur avais donnée moi-même. Or c'est un succès par cela même qu'on reste dans le statu quo. Le simple procédé de M. Politzer ne m'a jamais donné le même résultat.

Il est évident que les dites insufflations ne remplacent pas absolument le cathétérisme par la sonde fait *manu experta*. Il est non moins évident que quand il m'a été possible de soigner le malade moi-même aussi longtemps qu'il l'a fallu je suis arrivé à des résultats bien plus marqués. Mais je l'ai dit plus haut, je n'emploie ce système de traitement que quand pour une raison quelconque je ne puis agir moi même.

J'ajouterai que ces insufflations *n'ont de chance d'être efficaces qu'à la condition que les trompes sont d'ores et déjà perméables quand on les pratique: autrement l'air se perd dans la gorge, et bien entendu le résultat s'accuse à la fin par zéro.*

C'est pourquoi, toutes les fois qu'un malade susceptible de ce traitement se présente à moi, je commence toujours par lui faire moi-même, avec ma sonde, une série de cathétérismes. Et je ne lui prescris le traitement en question *qu'après que j'ai bien mis en état les conduits tubaires.*

D'ailleurs pour que le traitement des insufflations produise bon effet, *il faut que les insufflations soient très bien exécutées comme je l'ai décrit d'autre part.* Comme la plupart des malades ne les réussissent pas d'emblée, si simple que cela paraisse, *il faut que nous les fassions faire sous nos yeux un certain nombre de fois en nous rendant compte par l'otoscope*, si l'air a, oui ou non, pénétré dans la trompe et dans la caisse. Et quand nous remarquons quelque défectuosité dans le modus faciendi, nous faisons rectifier jusqu'à parfaite exécution.

Enfin il convient que le malade *nous revienne de loin en loin afin que nous puissions nous assurer que les conduits sont toujours perméables*, afin que nous fassions même quelques cathétérismes destinés à augmenter ou rétablir cette perméabilité.

PATHOLOGIE MENTALE

Tuberculose de la protubérance chez un enfant;

Par BOURNEVILLE et ISCH-WALL (1).

Nous allons exposer maintenant les lésions enregistrées à l'autopsie et nous rapprocherons notre cas de quelques autres.

AUTOPSIE le 4 juillet 1886. — A l'ouverture du corps, on constate tout d'abord que les viscères occupent leur place normale. *Cœur* (40 gr.) en systole, sans lésions, excepté que le *trou de Botal* n'est pas complètement oblitéré. — *Plèvres* : pas de liquide, adhérences au niveau du sommet droit. — *Poumons* (160 gr. de chaque côté). Les deux sommets présentent quelques *tubercules* dont un certain nombre sont *crétacés*. Il existe de plus, à droite, une *petite caverne* grosse comme une noisette, remplie d'un pus épais. Œdème des lobes inférieurs. *Rate* (90 gr.) adhérente aux organes voisins, mais saine d'ailleurs. — *Foie* (520 gr.) sain, quelques adhérences au diaphragme. — *Uretères, capsules surrénales*, rien. — *Reins* (50 gr. à droite; 40 gr. à gauche), légèrement lobulés, se décortiquant bien, hyperémiés. — *Estomac, œsophage, pancréas* : rien de particulier. — *Péritoine, ganglions mésentériques*, sains. *Larynx* et *Pharynx* normaux. *Thymus* persistant, mais peu développé. — *Testicules* infantiles.

Tête. — A l'ouverture du crâne, il ne s'écoule que très peu de liquide. Les artères, les nerfs et les autres parties de la base de l'encéphale sont symétriques et sans lésions. Nulle part la pie-mère n'offre de granulations tuberculeuses, elle s'enlève assez facilement sauf sur le lobe pariétal (tiers inférieur de la pariétale ascendante) et sur le tiers inférieur de la frontale ascendante droite où l'on entraîne avec elle une partie de la substance grise. — *Encéphale* : 1270 gr. — *Cerveau* : hémisphère droit, 560 gr., hémisphère gauche, 540 gr. — *Cervelet et isthme*. 170 gr.

Hémisphère gauche. — La *scissure de Sylvius* est sinueuse, profonde, elle s'arrête à 5 millim. de la scissure interpariétale. Le *sillon de Rolando* très sinueux, assez profond, communique en haut avec la scissure frontale supérieure. La *scissure perpendiculaire externe* ne présente qu'un court trajet sur la face convexe.

Le *lobule orbitaire* possède un gyrus rectus bien développé. La *scissure olfactive* rectiligne est très profonde: à quelques millimètres en dehors d'elle, le lobule orbitaire se présente dans ses autres parties sur un plan beaucoup plus élevé; la partie la plus profonde se trouve entre les deux branches de l'incisure en H.

Lobe frontal. — La première frontale qui s'insère par un pli de passage à niveau sur la frontale ascendante est dédoublée; ce dédoublement est beaucoup plus net dans la partie moyenne. La scissure frontale supérieure, sinueuse, assez profonde, va se jeter dans le sillon de Rolando. La deuxième frontale s'insère à la frontale ascendante par deux plis de passage profonds; elle est également dédoublée sur presque tout son parcours. La

(1) Voir *Progr. Méd.*, n° 33.

scissure frontale inférieure est très sinueuse, assez profonde. La première frontale est moins développée que les deux autres, son pied est maigre, contourné et en retrait sur les parties environnantes, le cap relevé est également peu développé. A la partie antérieure, les frontales sont réunies entre elles par des plis de passage formant entre eux et les frontales une suite de circonvolutions bordant le lobule orbitaire. Il existe une scissure frontale parallèle complète, prenant son origine à la scissure frontale supérieure et se terminant à 3 millimètres de la scissure de Sylvius.

La frontale ascendante, peu développée, très sinueuse, est coupée profondément à son cinquième supérieur par le sillon qui fait communiquer la scissure frontale supérieure avec le sillon de Rolando, de telle sorte qu'on croirait qu'elle finit là, d'autant plus qu'elle envoie dans la scissure frontale supérieure, en avant, une sorte de crochet. La pariétale ascendante est assez développée dans ses trois quarts inférieurs, très amaigrie dans son quart supérieur. Elle est sinueuse, nettement séparée du pli pariétal supérieur, elle communique à 1 centim. environ de la scissure de Sylvius, par un large pli de passage, avec le pli pariétal inférieur. Ce pli de passage interrompt la continuité de la scissure interpariétale, laquelle prend son origine au fond de la scissure de Sylvius, est sinueuse et va se jeter dans le premier sillon occipital; au niveau de sa courbe, un rameau ascendant, qui longe la pariétale ascendante jusqu'à la fente interhémisphérique, forme une sorte de scissure parallèle pariétale. Vers le milieu de sa courbe, un rameau descendant va de la scissure interpariétale à la scissure parallèle. Le pli pariétal supérieur est assez développé, très découpé dans ses parties antérieures; sa partie la plus postérieure est très maigre, comme atrophiée, en retrait sur les parties voisines; il en est de même du pli de passage qui se rend du pli pariétal supérieur au lobe occipital. Le pli pariétal inférieur est assez bien développé, ainsi que le pli courbe.

La première circonvolution temporale, maigre et sinueuse en avant, est assez volumineuse dans sa partie postérieure. La scissure parallèle est sinueuse, profonde, bifurquée à ses parties supérieure et postérieure et communique en bas avec un sillon qui va presque rejoindre l'incisure préoccipitale et sépare le lobe temporal du lobe occipital.

La deuxième temporale est sinueuse, bien développée, découpée par un sillon allant de la scissure parallèle à la deuxième scissure temporale qui est interrompue par plusieurs plis de passage se rendant de la deuxième temporale à la troisième. Celle-ci est également assez bien développée. — Le lobe occipital présente son aspect ordinaire, mais ses circonvolutions sont un peu maigres, et il paraît un peu en retrait sur les parties environnantes.

Face interne. — La première frontale interne est assez bien développée, sinueuse. La scissure calloso-marginale, sinueuse, est interrompue par un petit pli de passage en retrait, allant de la première frontale à la circonvolution du corps calleux. Le lobule paracentral, irrégulier, nettement séparé des parties environnantes est peu développé, possède une petite scissure horizontale et trois scissures plus profondes, perpendiculaires; la médiane appartient au sillon de Rolando.

Le lobe quadrilatère est bien développé, a une scissure sous-pariétale très prononcée et des plis pariétaux limbiques, antérieurs et postérieurs, nettement séparés par des sillons assez profonds.

La scissure perpendiculaire interne ne présente rien de particulier. Le coin est assez gros, un peu en retrait. La scissure calcarine, profonde, est normale. La circonvolution du corps calleux est assez développée et sinueuse sur son bord supérieur.

Les scissures et les circonvolutions temporo-occipitales sont bien développées: un pli de passage se rend de la deuxième temporo-occipitale à la troisième temporale, et un sillon profond revient vers la partie antérieure de la première scissure temporo-occipitale.

Le ventricule latéral, les masses centrales, la corne d'Ammon ne présentent rien de particulier.

Hémisphère droit. — La scissure de Sylvius est normalement conformée. Le sillon de Rolando est sinueux, profond. La scissure perpendiculaire externe est comme dédoublée; un rameau, le plus postérieur, est la continuation directe de la scissure perpendiculaire interne, il est très court et ne représente qu'une encoche; l'autre, plus antérieur, part horizontalement et un peu obliquement de la scissure perpendiculaire interne, sur la face interne, pour se diriger après un trajet d'un centimètre, sur cette même face interne, vers la face externe où elle se termine après un trajet d'un centimètre.

Sur le lobule orbitaire, on trouve, comme à gauche, les mêmes parties situées sur un plan plus élevé, mais à un degré moins prononcé; ce lobule est, du reste, plus large qu'à gauche.

Lobe frontal. — La première frontale s'insère à la frontale ascendante par un large pli de passage à niveau; elle est nettement dédoublée dans ses trois cinquièmes postérieurs; dans sa partie antérieure, un pli de passage allant à la 2e circonvolution interrompt la continuité de la scissure frontale supérieure qui est sinueuse et prend son origine dans le sillon de la frontale ascendante. La 2e frontale, très développée, est irrégulière, très sillonnée, comme dédoublée en avant; elle s'insère à la frontale ascendante par un pli de passage à niveau, juste au-dessus du pied de la 3e frontale. La scissure frontale inférieure est très sinueuse, assez profonde. La 3e frontale, dont le pied semble confondu avec la frontale ascendante, est très irrégulière, peu développée; son cap, en partie, est comme relevé. A la partie antérieure, les trois frontales sont nettement séparées du lobe orbitaire par un sillon assez profond et s'étendant, du bord interne à la partie la plus antérieure de la scissure de Sylvius. Il existe deux scissures parallèles frontales: l'une, plus postérieure, longe la frontale ascendante entre les deux plis de passage des 1re et 2e circonvolutions; l'autre, antérieure, séparée par un pli des 2e et 3e frontales, de la frontale ascendante, coupe la scissure frontale inférieure et descend presque jusqu'à la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius. La frontale ascendante est sinueuse, peu développée, rétrécie sur deux points; il en est de même de la pariétale ascendante. La scissure interpariétale forme en arrière de la pariétale ascendante une scissure parallèle, prenant son origine près de la fente interhémisphérique et se termine à quelques millimètres de la scissure de Sylvius. La scissure interpariétale proprement dite, après un trajet un peu sinueux, va aboutir au sillon occipital transverse. Le pli pariétal supérieur très sinueux, très découpé, est assez bien développé ainsi que le pli pariétal inférieur et le pli courbe. Le lobe occipital est moins volumineux qu'à gauche; il est un peu en retrait sur la face convexe et sur les parties environnantes.

La première circonvolution temporale présente les mêmes particularités qu'à gauche. La scissure parallèle sinueuse, profonde, est bifurquée à sa partie postérieure et communique également avec un sillon qui va rejoindre l'incisure préoccipitale. La 2e temporale, un peu sinueuse, est très développée et envoie deux plis de passage à la 3e, qui est également bien développée; la 2e scissure temporale est presque rectiligne et profonde.

Face interne. — La première frontale plus développée qu'à gauche est sinueuse. La scissure calloso-marginale est sinueuse, un sillon oblique d'arrière en avant et de haut en bas la relie vers le milieu de son parcours au sillon du corps calleux; le lobule paracentral, médiocrement développé, est peu élevé et ne présente pas d'incisures; l'incisure médiane est à peine ébauchée, elle est limitée en avant par une incisure ovalaire.

Le lobe quadrilatère est très développé, parcouru par trois sillons irrégulièrement verticaux qui lui sont communs avec la circonvolution du corps calleux qui est mal délimitée. La scissure perpendiculaire interne est très pro-

fonde. Le coin est bien développé, limité en arrière par la scissure calcarine normale.

Les circonvolutions temporo-occipitales sont assez bien développées, à l'exception de la moitié postérieure de la première, les deux scissures sont profondes et réunies à leur partie la plus antérieure par un sillon transverse.

Le ventricule latéral, la couche optique, le corps strié, la corne d'Ammon, le corps calleux ne présentent pas de lésions. — Les *coupes* pratiquées sur divers points des hémisphères ne font rien découvrir d'anormal.

Cervelet. — L'hémisphère gauche, examiné sur ses deux faces, paraît plus petit que le droit. Les deux hémisphères sont séparés sur la ligne médiane. Cette coupe, ainsi que plusieurs autres pratiquées sur chacun des hémisphères ne laissent voir aucune lésion. Les deux hémisphères sont égaux, malgré l'inégalité qui semblait exister à la vue.

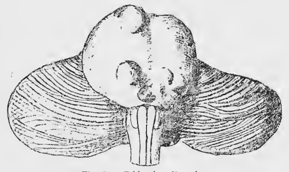


Fig. 3.— Réduction d'un tiers.

Protubérance. — Elle est notablement élargie, augmentée de volume (38 gr.), molle, presque fluctuante. Elle a une teinte rosée et même rougeâtre vers la partie moyenne (*fig.* 3).

La moitié droite est plus volumineuse d'un tiers que la moitié gauche et présente plusieurs bosselures: 1° à sa partie supérieure un renflement de la grosseur d'un noyau de cerise; 2° à sa partie inférieure, près de la ligne médiane, un renflement analogue; 3° au-dessus de la pyramide droite, végétation grisâtre, de la dimension d'une forte lentille. La moitié gauche de la protubérance est plus égale, sauf à sa partie inférieure où l'on remarque deux noyaux saillants, gros comme des petits pois, très rapprochés l'un de l'autre.

Fig. 4. — Réduction d'un tiers.

A la coupe, on remarque que, à part une mince écorce de tissu nerveux, la protubérance est remplie par une masse d'aspect encéphaloïde, composée d'amas de matières d'un blanc jaunâtre, friables, résistants et durs sur certains points, très mous sur certains autres, disséminés dans une substance rougeâtre et glutineuse. Le raclage de la tumeur donne un suc lactescent assez clair, sauf au niveau des points ramollis où il est blanc et épais. Outre les amas néoplasiques répondant aux bosselures superficielles, on en trouve d'autres dans la profondeur (*fig.* 4). Un d'eux, de la dimension d'un noyau de cerise, occupe le centre même de la protubérance: il est entouré d'une zone rouge sombre, brunâtre, un peu ramollie, qui s'étend jusque vers le quart environ de l'épaisseur de l'organe, en présentant des teintes de plus en plus claires. On remarque encore profondément deux gros noyaux à gauche, un moins volumineux vers la ligne médiane et enfin un autre, à droite, du volume d'un gros pois.

Examen histologique fait par M. Pilliet, aide-préparateur au laboratoire des travaux pratiques. Cet examen a montré que la tumeur de la protubérance est constituée par du *tubercule massif* à l'état caséeux. Les masses caséeuses, irrégulières, sont dispersées au sein d'un tissu spécial, composé d'un grand nombre de petites cellules ramifiées avec des fibrilles abondantes, séparées par une substance intercellulaire qui a disparu sur les préparations et qui donnait l'aspect de gliome à certains points de la coupe. Tout autour des points caséeux sont dispersées des cellules géantes, arrondies et opaques.

La *moelle cervicale* est légèrement asymétrique, le côté gauche étant plus petit que le côté droit. Dans la substance blanche, on remarque une lésion descendante des divers cordons latéraux, les faisceaux cérébelleux étant respectés. Cette lésion est plus étendue du côté gauche. La pie-mère y est aussi un peu plus épaisse. La sclérose a respecté les faisceaux les plus internes, contigus à la substance grise; il y a une ligne de démarcation brusque entre le tissu sclérosé et le tissu sain. La lésion est très avancée. Il n'existe à peu près plus de tubes nerveux; les quelques rares cylindres d'axe que l'on retrouve sont tuméfiés. Le tissu scléreux est peu vascularisé. Dans la substance grise, on trouve une grande diminution de nombre des cellules des cornes postérieures. Les cellules des cornes antérieures sont plus nombreuses, mais beaucoup sont en voie de transformation hyaline et sur un certain nombre d'entre elles on ne peut plus suivre de prolongements ni retrouver de noyaux; celles-ci présentent nettement la nécrose de coagulation que Weigert a signalée dans les myélites. Il existe pourtant un assez grand nombre de cellules intactes. Le canal de l'épendyme est normal et son épithélium conservé.

La *moelle dorsale* présente les mêmes altérations des cordons, mais plus diffuses. La zone de démarcation entre le tissu sain et le tissu sclérosé est très large; enfin, dans la *moelle lombaire*, on ne retrouve qu'un épaississement peu marqué de la névroglie autour des tubes, ce léger épaississement, qu'il faut chercher, est, à ce niveau, le seul signe de la lésion descendante des cordons. Tout le long de la moelle, on trouve des cellules nerveuses altérées, comme il a été dit ci-dessus, mais de moins en moins nombreuses à mesure que l'on descend.

Réflexions. — I. Les observations de *tuberculose protubérantielle* chez l'enfant ne sont pas très nombreuses. Nous en avons réuni un certain nombre que nous allons résumer, étant bien entendu que nous n'avons la prétention ni d'avoir rassemblé tous les cas, ni de faire une monographie. Nous essaierons ensuite, en faisant ressortir les points principaux de notre observation, d'ébaucher le tableau clinique de cette lésion.

Observation I.— (Parrot, *Sur un cas de tumeurs strumeuses de l'encéphale. Arch. de Physiol.*, 1870, p. 161). — Achille M... Un an... Disymétrie faciale, le côté droit est plus petit que le gauche. Bouche déviée à droite. Ptosis avec tuméfaction de la paupière supérieure droite. Strabisme externe et dilatation de la pupille de l'œil droit. Rien à gauche. Sensibilité normale des deux côtés. Quand on met le malade debout, sa tête tombe en arrière. *Hémiplégie* avec contracture du côté gauche du corps. Cinq jours avant le décès, apparition de *vomissements*, diarrhée. Amaigrissement. Accentuation de la *paralysie faciale* et des *contractures*. Mort.

Autopsie.—Quelques granulations dans les méninges et dans la substance grise. — On voit saillir dans l'espace interpédonculaire une *tumeur*, grosse comme un œuf de pigeon, repoussant à droite et en bas la protubérance; à la surface, le pédoncule cérébral droit est étalé. Vers la protubérance, la tumeur est recouverte d'une mince couche de tissu nerveux, en avant, elle arrive au contact des méninges. Le *nerf moteur oculaire commun droit est atrophié.*

En faisant une coupe, on remarque que la *tumeur* occupe tout le pédoncule, qu'elle s'étend en avant jusqu'à la couche optique et s'enfonce un peu en arrière dans la protubérance; en haut, elle atteint le trigone et les tubercules quadrijumeaux. Elle est formée d'une matière caséeuse, jaune verdâtre, ramollie au centre, entourée de substance nerveuse, ramollie et violacée par places. Une tumeur semblable, grosse comme une noix, se

trouve à la face supérieure du lobe gauche du cervelet. — Tuberculose pulmonaire, ulcérations intestinales, etc.

Obs. II. (Martin, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1877). — L... Jean, 6 ans, présente de l'affaiblissement dans tous ses membres, troubles de la sensibilité. *Ptosis* léger de la paupière supérieure gauche; *strabisme* interne de l'œil correspondant. Pupilles égales. Peu après, parésie faciale gauche, puis *hémiplégie faciale* complète. Mort.

Autopsie. — Masse caséeuse remplissant presque le lobe gauche du cervelet. Un tubercule gros comme une aveline dans la moitié gauche de la protubérance.

Obs. III (thèse de Kœchlin). — Garçon de 2 ans 1/2, ayant présenté de l'*exophthalmie* avec *strabisme* interne et *paralysie* faciale du côté gauche. *Hémiplégie droite* du corps. Sensibilité générale normale. *Dysphagie*. — A l'*autopsie*, tubercule cru de la protubérance et du bulbe. Paralysie du facial et du moteur oculaire externe du côté droit.

Obs. IV (*Ibid.*). — Garçon de 2 ans 1/2. *Hémiplégie faciale* et *strabisme* interne du côté droit, ramollissement de la cornée de ce côté. *Hémiplégie* gauche du corps avec un peu de *contracture* du membre supérieur. Assoupissement, toux, *dysphagie*. Sensibilité générale normale. — Quelques vomissements avant la mort. — A l'*autopsie* : méningite granuleuse ; hydropisie ventriculaire ; tubercule dans l'hémisphère cérébral droit; un gros tubercule cru occupant la moitié droite du pont de Varole.

Obs. V (Candellé, *Observations pour servir à l'histoire des tubercules de l'encéphale*, Paris 1871). — Garçon de 3 ans. Tuberculose abdominale présentant tous les symptômes classiques de ce genre d'affection. Rien autre à noter. Mort de diphthérie. — A l'*autopsie* : tuberculose intestinale et mésentérique; dans la moitié gauche et à la partie supérieure de la protubérance un tubercule cru, gros comme une noisette.

Obs. VI (*Ibid.*). — Enfant de 12 ans, mort de péritonite tuberculeuse. Pas de symptômes de tumeur de la protubérance, bien qu'on en ait trouvé une à l'autopsie.

Obs. VII (*Ibid.*). — Enfant (sans indication d'âge ni de sexe) observé dans le coma. Avait eu huit jours avant de la *fièvre* et des *convulsions*. *Ptosis* droit, face non déviée ; constipation, ventre en bateau ; pas de plaintes ; parfois, petites secousses convulsives dans les quatre membres, résolution dans l'intervalle de ces secousses. Pouls petit, régulier, rapide, face un peu rouge surtout aux pommettes. Pupilles égales et dilatées, ne se contractant pas. Il semble y avoir conservation de la sensibilité générale et abolition de la vision. Tête balante. — Le lendemain de l'entrée de l'enfant, disparition du ptosis. Le surlendemain, même état, sueurs, mort.

A l'*autopsie* : méningite de la base. Sur le plancher du 4e ventricule, on trouve un tubercule enclavé par sa base dans l'épaisseur de la protubérance, hydropisie du 4e ventricule.

Obs. VIII (*Ibid.*). — Fille, 6 ans. Amaigrissement et changement de caractère, quelques vomissements. Six semaines après : Constipation, cris continuels. Céphalalgie. *Contracture* passagère des quatre membres. Trois jours après, coma presque absolu et résolution. Peau sèche, pouls petit, lent. — Pupilles dilatables. Anesthésie. — Le lendemain, *strabisme*, le pouls s'accélère. *Contracture* des quatre membres, stertor, sécheresse de la langue et des lèvres. Mort.

A l'*autopsie* : Congestion méningée, foyer hémorrhagique, gros comme un pois vers la corne d'Ammon. Un tubercule dans l'épaisseur de la protubérance, en haut et un peu à droite. Un autre à la surface inférieure du lobe droit du cervelet et un peu en avant. — Tuberculose viscérale.

Obs. IX (Ludwig Bruns. *Ein Fall von Ponstuberkel in Neurologisches Centralblatt.*, n° 8, Avril 1886). — Arthur Gl. ..., 2 ans 1/2. — Mère morte de tuberculose pulmonaire ; une sœur coxalgique. Pas de maladies précédemment ; a marché à 6 mois. Depuis quelque temps écoulement purulent des deux oreilles; il y a 5 ou 6 mois apparition d'un strabisme convergent gauche bientôt suivi de maux de tête. Plus tard, faiblesse paralytique du bras et de la jambe droite : le malade ne pouvait plus marcher.

Depuis un mois, contracture du bras droit, mastication difficile, pas de vomissements, pas d'évanouissements, pas de crampes. La faiblesse générale augmente depuis quelque temps et l'enfant tousse beaucoup.

13 *août* 1885. Crâne normal. Au repos l'œil droit ne louche pas et l'œil gauche regarde en dedans. La mobilité des deux yeux vers la gauche est très limitée. Les autres mouvements du globe de l'œil sont conservés, mais l'œil droit ne peut se tourner que très peu vers la droite. Pupilles égales et saines.

Ophthalmoscopie. — La papille fait un relief plus accusé à gauche qu'à droite.

Tuberculose de l'oreille moyenne des deux côtés avec perforation du tympan. Pas de troubles du nerf facial. Excitation électrique normale. Bouche toujours ouverte. Sensibilité de la cornée et de la conjonctive diminuée à gauche. Affaiblissement des muscles du cou et de la nuque, la tête tombe en arrière dès qu'on asseoit l'enfant.

Extrémités supérieures. — Le bras droit est rapproché du corps, fléchi au coude ; l'avant-bras est en pronation, le poing est fermé. Mouvements du bras droit presque abolis ; pas d'atrophie musculaire ; excitabilité électrique normale. Le bras gauche est sain.

Extrémités inférieures. — Jambe droite étendue, pied-bot équin, raideur moins accusée qu'au bras, mouvements conservés mais mous et peu prononcés. Sensibilité normale. Réflexe rotulien conservé à droite, moins accusé à gauche. Pas d'atrophie. Excitabilité musculaire normale. Rien de pathologique à gauche. Impossibilité de se tenir debout ou de marcher. Rien aux autres organes et spécialement rien aux poumons. Parole remplacée par un cri étouffé. Le malade gâte. Quand on le remue il s'agite et résiste. Quand on le laisse en repos il reste somnolent.

En résumé, paralysie de l'abducteur à gauche ; paralysie du droit interne, des muscles moteurs de l'œil vers la gauche, surtout prononcée pour l'œil gauche, anesthésie de la cornée et de la conjonctive surtout à gauche. Douleurs dans le reste du domaine du trijumeau. Faiblesse des masticateurs, des muscles du cou et de la nuque ; paralysie avec contracture et augmentation des réflexes des extrémités droites sans troubles de la sensibilité, maux de tête, somnolence, faiblesse générale.

30 *août*. Le bras gauche commence à se contracturer ; même état général. Le malade n'est plus observé.

11 *octobre*. Depuis hier, crampes, pleurosthotonos. Température du soir 38°,5. Pouls 132. Cornées dépolies. Contracture des extrémités plus accusée à droite. Coma profond.

20 *octobre*. Aucun trouble à la face, les yeux ne présentent aucune modification. Coma persistant mais moins profond, l'enfant sent les piqûres et reagit. Quelques râles au sommet gauche. Diarrhée. T. R. 38°,8. P. 144. Resp. 30. Cheyne-Stockes. Le malade meurt le 28 octobre.

Anatomie pathologique. — Le corps de l'enfant est maigre et chétif, les fontanelles ne sont pas accusées. Le thorax est aplati et étroit en haut. On trouve du pus dans l'oreille droite. Les muscles des bras sont également développés des deux côtés. La *voûte crânienne* est symétrique, mais très mince. La *dure-mère* est mince, mais pas adhérente. Sa surface est lisse, elle n'est pas transparente. Ses artères sont pleines et ses veines à moitié vides. Dans le sinus longitudinal est un caillot fibrino-sanguin solide, se perdant au niveau des veines postérieures de la pie-mère, dans une masse plus ancienne, grise, friable, thrombotique. La *pie-mère* est blanchâtre, au niveau du chiasma des nerfs optiques. Ses veines sont remplies de sang frais. Les *hémisphères cérébraux* sont symétriques. La paroi inférieure du troisième ventricule est très mince, presque transparente.

La *moitié droite du pont de Varole* est aplatie, tandis que la moitié gauche est très proéminente et forme une *tumeur* que contourne l'artère basilaire. L'artère cérébelleuse supérieure gauche pénètre très profondément dans le pont de Varole. Les origines nerveuses et les artères de la base de l'encéphale n'offrent rien d'anormal. La moelle allongée est saine, mais l'olive gauche arrive au contact de la protubérance, tandis que la droite en reste séparée par un fossé.

L'écorce cérébrale présente une coloration jaune et un aspect caséeux. Sur le bord postérieur de l'hémisphère gauche du *cervelet*, on voit deux *tumeurs* arrondies, irrégulières, ayant 1 centimètre de diamètre, se touchant l'une l'autre, entourées d'une zone d'un gris rougeâtre et d'aspect vitreux. Sur l'hémisphère droit, au même niveau, est une tumeur, grosse comme une lentille.

A la pointe du *lobe occipital* gauche du cerveau, on remarque une tumeur large comme une pièce de dix sous, et, à 4 centimètres en avant d'elle, est une autre *tumeur*. Ces tumeurs ne soulèvent pas la première, et cette dernière ne présente pas de granulations miliaires.

Lorsqu'on ouvre le *quatrième ventricule*, on voit, à 3 centimètres en avant du calamus scriptorius, le fond de ce ventricule soulevé sur une étendue large comme une pièce de 2 centimes (5 pf.). Cette surface est tourmentée, de couleur gris-rouge sombre. Elle est résistante au toucher. Cette *tumeur* s'étend jusqu'à 3 centimètres en aval de l'entrée de l'aqueduc de Sylvius, en avant. En arrière, elle atteint les premières stries médullaires. A environ 3 centimètres en aval de l'extrémité postérieure de la tumeur, on fait une section et on voit que presque tout le pont de Varole est transformé en une *masse caséeuse*. A droite est une zone libre au niveau de la partie extérieure du pont et du fond du quatrième ventricule. De chaque côté, une partie des pyramides et du stratum superficiel du pont est libre. La tumeur, vue dans son ensemble, est arrondie et grosse comme une châtaigne.

Les *tumeurs du cerveau* sont des *tubercules solitaires*. Les *ventricules cérébraux* sont dilatés, la *moelle* est saine. Enfin on trouve des *tubercules* aux sommets des *poumons*.

Obs. X. (Macgregor. *The Lancet*, 11 déc. 1886). — G. M..., âgé de 7 ans, né d'un père pthisique et d'une mère saine, présente en ce moment de la paralysie des 6e et 7e paires droites. De ce côté : surdité marquée, protusion du globe de l'œil et strabisme interne. Tête inclinée sur l'épaule droite, la face regardant à gauche (spasme tonique du sterno-mastoïdien). En même temps céphalalgie, nausées et vomissements fréquents. T. R. 35°,5 à 36°,1. Rien dans les viscères. Urines normales.

L'affection de cet enfant débuta il y a trois semaines au milieu de la nuit. Il s'éveilla en criant et en se plaignant de souffrir de la tête. Le lendemain, il avait de la paralysie faciale et un état nauséeux avec vomissements. Depuis quelque temps déjà l'enfant était indisposé, mais il ne présentait pas de symptômes bien définis.

26 *avril*. Pupille droite contractée, pupille gauche dilatée. L'examen ophthalmoscopique montre le fond de l'œil pâle et la papille mal dessinée à droite. La cornée est insensible de ce côté. Plus tard apparut à la partie inférieure de la cornée droite une opacité qui se transforma en ulcère. Cet ulcère amena une perforation pénétrant dans la chambre antérieure.

1er *mai*. La préhension se fait mal de la main gauche. La marche s'accompagne de titubation avec tendance à tomber du côté droit. La tête est droite. Le strabisme divergent de l'œil gauche a disparu, mais le strabisme convergent de l'œil droit s'est accusé davantage. Parésie de la moitié droite du palais.

L'hémiplégie devient graduellement presque complète, mais la sensibilité tactile n'est que superficiellement affaiblie. C'est ainsi qu'au-dessous du genou le malade ne sent ni le chaud ni le froid. Sur le reste du corps, la sensibilité à la chaleur est seulement diminuée. Le goût et l'odorat sont normaux.

4 *juin*. L'état de l'enfant s'aggrave. Il éprouve de la difficulté à articuler ses paroles.

5 *juin*. Articulation des sons, normale.

6 *juin*. Réapparition de la difficulté d'articuler.

7 *juin*. Perte de connaissance. Rigidité spasmodique du membre supérieur gauche. Disparition des vomissements.

12 *juin*. Coma et mort précédée de deux vomissements. Au moment de la mort la température s'élève de 38° à 39°,2.

La température pendant la première semaine d'hôpital est constamment restée à 90° Fahrenheit (32°,2) (?) et le pouls à 116. Dans la quinzaine suivante la température a oscillé entre 96° et 99°. F. (35°,5 à 37° c.). A partir de là la température, le matin, était de 36°,1 et le soir de 100°. F. (37°,7).

Nécropsie. — La *dure-mère* est tendue, le cerveau est dilaté. Les vaisseaux de la *pie-mère* sont gorgés de sang.

Au niveau du vertex, l'espace sous-arachnoïdien est rempli par un liquide laiteux. Les *nerfs olfactifs* sont ramollis, le droit plus que le gauche. Les *nerfs optiques* et ceux de la 3e et de la 4e *paire* sont sains. La partie sensitive de la 5e *paire* est moins blanche à droite qu'à gauche. La 6e *paire* est saine, mais un peu petite à gauche, complètement atrophiée à droite. La 7e *paire*, normale dans sa partie molle, est atrophiée et gélatineuse dans sa portion dure, du côté droit. Le *glossopharyngien* droit est gris et gélatineux. Les autres nerfs ne présentent rien de particulier.

Le *pont de Varole* et la *moelle allongée* sont déformés, le côté droit, plus gros d'un tiers que le gauche, est noueux, irrégulier. Le côté gauche est peu altéré, pourtant l'olive de ce côté est un peu plus grosse que normalement.

L'examen microscopique des nerfs montre une dégénérescence graisseuse complète des portions altérées. On trouve, attachée aux bulbes olfactifs, une matière gélatineuse formée de petites cellules rondes analogues à celles du sarcome. Les tumeurs protubérantielles sont caséeuses et formées de petites cellules rondes, recoquevillées et cassées.

II. Revenons maintenant à notre observation et essayons d'en faire ressortir les points principaux. Hoël... ne présentait dans ses *antécédents* aucune tare tuberculeuse, mais il avait une *hérédité nerveuse* très évidente : des tantes, des oncles, des frères, ont eu des *convulsions* ; sa mère est *névropathe* et *mélancolique*; un grand-père a été *paraplégique* durant deux ans ; enfin un cousin a été *aliéné*. Ajoutons à ces affections des ascendants des cas de *rhumatisme* et de *cancer*.

Comme *antécédents personnels*, Hoël... n'offre rien de bien spécial ; une bronchite, des fièvres éruptives sont les seules maladies dont il ait souffert. A l'âge de trois ans, après une peur qui semble de peu d'importance, étant donnée sa cause, l'enfant *change brusquement de caractère*, il a des frayeurs nocturnes, il perd l'appétit. Ce début par des troubles gastriques et un changement de caractère est signalé dans l'Observation VIII empruntée à M. Candellé.

Bientôt d'autres symptômes apparurent chez notre malade, sa respiration devint embarrassée, haletante, il eut des étourdissements et, huit mois après le début de son affection, il présenta un épisode aigu qui commença par du strabisme passager de l'œil gauche et se continua par un état fébrile sur lequel nous manquons de renseignements. Toujours est-il qu'un médecin dit que l'enfant était atteint de *fièvre cérébrale*. Huit jours plus tard, les accidents fébriles disparurent, mais consécutivement on nota qu'il titubait en marchant, indice d'un affaiblissement des membres inférieurs. L'*intelligence de l'enfant baissait* et il divaguait parfois. Une rémission de six semaines, qui survint à ce moment, fut suivie de la réapparition des troubles précédents auxquels s'ajoutèrent de la *dyspnée* et du *strabisme interne* de l'œil gauche.

A son arrivée à Bicêtre (2 *avril*), Hoël... pouvait encore prononcer quelques mots et il marchait, quoique avec peine ; mais bientôt (8-15 *mai*) son vocabulaire se restreignit de plus en plus, il perdit tout à fait la parole ; sa physionomie reflétait un air de souffrance et, de fait, il paraissait souffrir, et poussait presque constamment des cris plaintifs ; enfin, son sommeil devint très agité et il se produisit une *paralysie complète* des membres inférieurs qui entraient en contracture dès qu'on voulait les fléchir. Le réflexe rotulien était exagéré. Les membres supérieurs étaient *contracturés* ; les mouvements du cou étaient douloureux. L'enfant avait un strabisme interne double, de la *dysphagie* ; il n'avait pas de vomissements, mais une constipation opiniâtre. Le pouls était très irrégulier et la température un peu élevée (38°,8).

L'état du malade s'aggrava presque constamment, c'est à peine si, de l'entrée à la mort, on nota quelques rémis-

Fig. 5. — Température rectale dans un cas de tuberculose de la protubérance annulaire.

sions durant au plus une journée. Nous devons signaler surtout les intermittences, les modifications presque journalières des symptômes : la paraplégie qui existait un jour ne se retrouvait plus le lendemain ; on voyait se succéder de l'hypéresthésie et de l'anesthésie cutanée ; la température, qui pendant 11 jours s'était maintenue vers 37°,7 en moyenne, s'éleva en l'espace de deux jours jusqu'à 39°,6, retomba à 38° en une nuit, remonta à 39°,2 et redescendit à 37° où elle se maintint jusqu'au 6 juin. A partir de là, jusqu'au 30 juin, on note une période d'*hypothermie* qui mérite d'attirer l'attention : la *température oscille entre* 37° et 36°. Alors, tout d'un coup, la fièvre s'alluma et, en deux jours, la température atteignit 41° et monta même à 42°,4 au moment de la mort. — Les irrégularités du pouls ne sont pas moins remarquables que celles de la température, qu'elles ne suivaient d'ailleurs pas d'une façon régulière. (La Planche V donne une idée très exacte de la marche de la température ; c'est peut-être le premier tracé de ce genre qui ait été publié. (*Société anatomique*, juillet 1886). L'*hypothermie* qui existait dans ce cas a été signalée dans le cas ultérieur de Macgregor. (*Fig.* 5).

Quoi qu'il en soit, dans les jours qui précédèrent la mort, l'aggravation de l'état de Hoël... se traduisit par un amaigrissement notable, de la rétraction de l'abdomen, une diminution de la quantité des urines. Les symptômes préexistants : dysphagie, constipation, raideur de la nuque, parésie et contracture des membres, s'accentuèrent. La respiration perdit la régularité de son rythme, des troubles vaso-moteurs apparurent (rougeur de la face, etc.), les pupilles devinrent inégales et enfin on nota la formation d'escharres. La mort eut lieu dans le coma.

III. En comparant cette observation à celles que nous avons citées, l'on voit combien sont variables les signes des tumeurs protubérantielles. La *paralysie croisée*, bien que très fréquente, peut faire défaut comme dans notre observation. Les *vomissements*, souvent notés, sont inconstants. Le *strabisme* est peut-être le moins infidèle des symptômes : on le retrouve dans la plupart des cas.

On pourrait, à la rigueur, faire trois catégories des tubercules de la protubérance au point de vue de la marche : 1° Tubercules évoluant sans symptômes jusqu'au moment de la mort, qui est souvent produite par une autre manifestation de la tuberculose (Obs. V et VI). — 2° Tuberculose protubérantielle à marche intermittente, évoluant lentement et par poussées successives comme chez notre malade. — 3° Tubercules à marche continue et progressive. Quelle que soit d'ailleurs la marche, la symptomatologie est extrêmement variable et mériterait presque une étude spéciale pour chaque cas. La variabilité des symptômes nerveux et leur inconstance pourraient même, peut-être, faire songer, chez un tuberculeux, à une tumeur protubérantielle.

Maladie de Katkoff. — La presse médicale russe en annonçant la présence du Dr Potain à Moscou, laisse poindre un léger mécontentement de ce que le baron de Morenheim, ambassadeur de Russie, ait, comme l'on dit les journaux français, prié, sur un avis de Pétersbourg, notre illustre compatriote de se rendre à Moscou près de Katkoff. Que ce dernier ait eu recours à l'assistance des médecins étrangers, rien de mieux : « un noyé s'accroche à un brin de paille », mais on ne peut admettre, dit le « Vratch », qu'un personnage officiel ait jamais fait aux médecins russes l'injure imméritée de leur préférer un étranger.

Congrès international de Washington. — Si nos renseignements sont exacts, voici la liste des médecins français qui se sont rendus au congrès international de Washington : MM. Abadie, Apostoli, Baratoux, Charpentier, Galezowski, Lefèvre, Poussier, Kuhn. Cette liste est bien courte.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les microbes de la scarlatine (1).

Le Dr Edington n'a pas isolé et cultivé moins de 8 micro-organismes qu'il a trouvés dans le sang et dans les desquamations des scarlatineux. C'est du dix-neuvième au trente-cinquième jour de la maladie qu'il a recueilli les *débris épithéliaux* contenant les micro-organismes, tandis que c'est vers le troisième jour que ceux-ci ont été retrouvés dans le *sang* des scarlatineux.

Pour se mettre à l'abri des organismes contenus dans l'air, il enveloppe un membre préalablement lavé avec la solution phéniquée forte, dans un manchon d'ouate stérilisée à l'étuve ; au moment où il veut recueillir les squames, il introduit sous l'ouate la main tenant le tube à culture, le tout stérilisé et lavé avec soin ; quelques débris épithéliaux ainsi introduits dans le tube, il procède aux cultures en série. Pour le sang, il emploie la méthode ordinaire et recueille le sang au moyen d'un tube capillaire introduit dans une petite plaie faite au bout du doigt lavé avec la solution forte.

Les organismes qu'il a trouvés sont les suivants :

1. La *sarcina lutea* qui se retrouve dans des desquamations de toutes origines.

2. Le *streptococcus rubiginosus*. C'est un microcoque en chaînettes, de 4 μ. qui pousse sur les plaques de gélatine, est jaune s'il est sous-jacent à la gélatine, blanc s'il est superficiel; les sphères profondes passent au jaune, puis au brun, enfin à la couleur *rouille*, d'où le nom que leur donnent les auteurs; c'est, du reste, pour ce microbe comme pour les suivants, un nom provisoire. Il se rencontre sur 20 0/0 des tubes ensemencés.

3. Le *micrococcus capsaformaus*, microcoque sphérique ou ovale, souvent en haltère, ainsi nommé parce qu'il est fréquemment contenu dans une capsule qui se teint en bleu par le bleu de méthyle alcalin. Sur les tubes de gélatine, sa croissance, peu active, est caractérisée par des zones concentriques très nettes lorsque la culture est pure. Elle se trouve dans 40 0/0 des tubes.

4. Le *diplococcus scarlatinæ sanguinis*, formé de sphères de 1 à 1,2 μ., qui se présentent sous la forme d'haltères. Il se développe sur la gélatine en points crémeux ; dans les tubes, il forme des sphères qui se réunissent et sont très blanches. On le trouve dans 30 0/0 des tubes ensemencés avec le sang, dans 45 0/0 des tubes ensemencés avec les squames.

5. L'*ascobacillus*, petit bâtonnet de 0,8 μ. sur 0,2 μ., présente souvent un étranglement; les spores y sont contenus dans des boyaux ramifiés, très volumineux; il se développe par des points d'un jaune-serin. Cet ascobacillus n'a été trouvé qu'une seule fois avec le bacillus scarlatinæ dans le sang.

6. Le *bacillus fulvusres*, ovale, allongé, mobile de 1 à 1,5 μ. de long sur 0,2 μ. de large; sur le bouillon, il se développe rapidement en une pellicule blanche, peu épaisse, qui, détachée des bords du flacon, tombe au fond pour être remplacée par une nouvelle et ainsi de suite jusqu'à épuisement du pouvoir nutritif du bouillon. Dans des tubes de gélatine, il forme des sphères plus abondantes à la surface, mais plus nettes profondément; les couches superficielles sont d'un brun doré.

7. Le *bacillus arborescens*, en bâtonnets de 4,5 à 12 μ. de long sur 0,8 μ. de large; il présente, dans la gélatine, de longs filaments. Immobile, difficile à isoler, il se développe rapidement dans les tubes de gélatine et forme de longs fils dans tous les sens. C'est le premier des microbes isolés par Edington qui produise par inoculation sur les cobayes un érythème local et passager ; les autres microbes n'ont rien donné par inoculation.

8. Enfin le *bacillus scarlatinæ* bâtonnet de 1,2 à 1,4 μ. de longueur sur 0,4 μ. d'épaisseur, forme des chaînes longues et recourbées, et est mobile. Sur la gélatine, il forme des petits points qui liquéfient la gélatine en quelques jours. Dans le bouillon, il forme une membrane cohérente, épaisse, difficile à briser, et se développe mal dans les tubes de gélatine.

Il s'est rencontré dans tous les tubes ensemencés avec l'épithélium desquamé, moins un, qui fut accidentellement brisé avant l'apparition de la culture ; celle-ci apparaît dans les tubes ensemencés avec l'épithélium, pourvu qu'il soit pris après la troisième semaine et avec le sang pris au bout de trois jours après le début de la fièvre.

Ce dernier bacille a été inoculé aux lapins auxquels il a communiqué un érythème léger chez les jeunes animaux, très marqué chez les vieux. Cet érythème était suivi de desquamation du 2e au 10e jour, et accompagné d'élévation de la température, aucun des animaux ne mourut, et l'on retrouva le bacille dans le sang de tous les animaux inoculés. L'inoculation réussit chez le cobaye.

Un veau très bien portant auquel on fit manger un peu de culture mêlée à du lait tomba malade six heures après ; hyperthermie, et mort dans la nuit.

Tous les viscères, la langue, le pharynx étaient extrêmement congestionnés; les bacilles étaient peu nombreux; mais le sang était au contraire rempli d'un nombre considérable de points qui se teignaient par les réactifs mais sur la nature desquels les auteurs ne se prononcent pas.

Les tubes ensemencés avec ce sang donnèrent de riches cultures de *bacillus scarlatinæ*. Chez un veau plus jeune, le pharynx fut très enflammé, la peau du thorax, de l'abdomen, des membres fut très rouge, la température très élevée, et le sixième jour commença la desquamation ; le sang de ce veau produisit chez les cobayes les mêmes symptômes que le sang de l'homme scarlatineux, et donna lieu à des cultures impures de bacille et de diplocoque. Pour ces auteurs, le *bacillus scarlatinæ* est bien évidemment le bacille de la scarlatine, puisque seul des organismes retrouvés par eux il donne l'affection aux animaux inoculés; tandis que les autres microorganismes ne sont que concomitants, accidentels et dus sans doute à l'abaissement de vitalité des tissus par l'entrée du bacille spécifique.

Cependant le *diplococcus scarlatinæ* donne quelques symptômes de la scarlatine. Remarquons en passant que ce diplococcus peut être rapproché des mono et diplococcus décrits par Crooke (1). Aussi les auteurs

(1) Voir *Progrès médical*, n° 33.

(1) Crooke in *Birmingham medical Review*. Loc. cit.

pensent-ils que la scarlatine pourrait être due à une double infection et que l'action du bacille serait modifiée par l'entrée du diplococcus, mais c'est là une hypothèse qui demande encore confirmation.

En somme, Jamieson et Edington ont trouvé, dans tous les cas qu'ils ont étudiés, le *bacillus scarlatinæ* dans le sang après le 3e jour, dans les squames après la 3e semaine. Ce *bacillus*, isolé, cultivé et inoculé a donné des résultats sur les lapins, comme dans les expériences de Coze et Feltz, mais moins meurtriers qu'avec le sang scarlatineux. Les résultats sur le veau sont très importants. La maladie chez ce dernier animal ressemble beaucoup à la scarlatine humaine; angine, congestion de la langue, éruption de la peau, desquamation plus rapide que chez l'homme, enfin l'hyperthermie. Dans le sang et dans les squames de l'animal, on retrouve les mêmes bacilles, et l'inoculation comme la culture de ces organismes donne le même résultat qu'avec ceux de l'homme.

C'est là un point sur lequel il nous importait d'insister, puisque, dans ce travail fait dans une autre intention, nous trouvons un appui à la théorie qui tend à s'établir et auquel concourt le rapport du professeur Klein de Londres (1).

Ce savant a étudié une épidémie de scarlatine qui a sévi chez tous les individus se nourrissant du lait de la ferme d'Hendon (Angleterre). Les vaches étaient atteintes d'ulcérations du pis, au niveau desquelles l'auteur a vu un streptococcus qu'il a également retrouvé dans le sang des scarlatineux.

Ce fait étudié dans ses détails étaye l'opinion des médecins et des vétérinaires anglais qui sont depuis longtemps convaincus de l'*origine bovine de la scarlatine*. Pour eux les ulcérations du pis de la vache, à base indurée, seraient une manifestation de la scarlatine chez cet animal; et toute vache atteinte de scarlatine serait très dangereuse comme moyen de propagation, puisque le lait est un excellent milieu pour le microbe scarlatineux.

Nous ne pouvons terminer cette revue rapide sans rapprocher de cette dernière hypothèse de l'*origine bovine de la scarlatine* les faits semblables relevés dans la pathogénie des maladies infectieuses : la vaccine humaine et le cowpox; la variole humaine et celle du cheval-smallpox; le charbon et le farcin, chez l'homme et chez les animaux; enfin, plus récemment, les recherches qui ont fait adopter par un certain nombre de savants l'*origine équine du tétanos*. Blanche Edwards.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 août 1887. — Présidence de M. Janssen.

MM. Chauveau et Kaufmann apportent de nouveaux documents à l'étude des *relations qui existent entre le travail chimique et le travail mécanique du tissu musculaire*. Ils étudient la quantité de chaleur produite par les muscles qui fonctionnent utilement dans les conditions physiologiques de l'état normal, en utilisant la contraction du muscle releveur de la paupière supérieure du cheval. La quantité de chaleur produite par le muscle pendant le travail est mesurée au moyen d'une méthode que M. Chauveau appelle méthode autocalorimétrique et qui consiste à employer le muscle lui-même, avec son système vasculaire, comme autocalorimètre à circulation de liquide. Les déterminations effectuées, au moyen de la fixation de deux aiguilles thermo-électriques, prouvent qu'il se crée beaucoup de chaleur au moment où le muscle est en fonction, mais que le travail n'en absorbe qu'une petite quantité, laquelle oscille entre la septième et la huitième partie de cette quantité totale.

M. Vignal étudie l'*action des micro-organismes de la bouche et des matières fécales sur quelques substances alimentaires*. Certains de ces microbes dissolvent l'albumine, d'autres la gonflent, d'autres dissolvent ou gonflent la fibrine : les uns coagulent le lait, les autres transforment l'amidon : quelques-uns intervertissent le sucre cristallisé, font fermenter la glucose, etc. Le suc pancréatique et la bile n'ont aucune action destructive sur ces microorganismes : le suc gastrique agit variablement sur les uns et sur les autres. L'action de ces micro-organismes sur les aliments doit être considérable, car dans un décigramme de matières fécales la numération a montré qu'ils étaient au nombre de plus de 20 millions. Aussi M. Vignal pense-t-il, comme M. Pasteur, que le rôle de ces êtres a une très grande importance dans le travail de la digestion.

M. Ch. Richet expose les *conditions de la polypnée thermique*, c'est-à-dire de l'accélération do la respiration chez les chiens soumis à l'action de la chaleur. Cette polypnée ne peut se produire que si les voies respiratoires sont largement béantes ; aussi les chiens, pour être haletants, ont-ils la gueule ouverte et la langue pendante au dehors. Une autre condition, c'est que l'animal soit en état d'apnée, que son sang soit saturé d'oxygène et dépouillé d'acide carbonique. La polypnée thermique est un rythme respiratoire sans rapport de causalité avec les phénomènes chimiques interstitiels, puisque la respiration fréquente se produit quand il y a dans le sang excès d'oxygène et faible tension d'acide carbonique. Cette polypnée est un moyen de réfrigération que la nature met en œuvre chez les animaux qui ne peuvent pas perdre de l'eau par la transpiration cutanée. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 *août* 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Ball, professeur de clinique des maladies mentales, fait une communication *sur la mise en liberté du baron Seillière*. Depuis quelque temps, une affaire retentissante a violemment attiré l'attention de la presse et du public. M. Ball ne veut certainement point revenir sur les incidents multiples de l'affaire Seillère; mais en présence des attaques insensées dont quelques-uns de ses confrères les plus honorables viennent d'être l'objet, il lui a paru nécessaire d'élever la voix dans cette enceinte pour protester, au nom de notre corporation tout entière, contre des accusations aussi odieuses que ridicules. L'indépendance absolue de la position de M. Ball lui en donne le droit, et la situation officielle qu'il occupe lui en fait presque un devoir. Le baron Seillière a été mis en liberté. Un médecin de la Préfecture, opérant par voie administrative, a déclaré que son état actuel justifiait sa sortie. Or, à peine élargi, le baron a rempli la presse anglo-américaine de ses plaintes rétrospectives, qui ont été répercutées par la presse française. On a vu paraître dans les feuilles publiques un journal rédigé par le malade pendant son internement; l'on apprenait ainsi que, dès son entrée dans la maison de santé de M. le Dr Falret, il aurait été l'objet de tentatives criminelles, destinées à lui faire perdre la raison et la vie. Des injections hypodermiques auraient été pratiquées dans le but de troubler ses facultés intellectuelles. Plus tard, il aurait été enfermé dans une chambre où des gaz toxiques étaient projetés à travers une fissure du plancher, afin de le faire périr par asphyxie, et c'est avec les plus grandes difficultés qu'il aurait échappé à cette tentative d'empoisonnement;

(1) Klein. *Journal de médecin vétérinaire*, 15 juin 1887.

enfin on lui aurait mis la camisole de force pour lui ingurgiter un liquide corrosif, dont les éclaboussures auraient brûlé ses vêtements. Des organes sérieux de la presse reproduisirent ces divagations. Tout le monde médical en reconnaitra facilement l'insanité. M. Ball affirme que cet étrange roman a provoqué une émotion profonde dans toutes les classes de la société, et ce sera l'un des étonnements des hommes de science de voir que le diagnostic formulé par les autorités les plus éminentes, n'a pas suffi pour contrebalancer, dans l'esprit du grand public, les assertions sans fondement de quelques journalistes. Est-il nécessaire de prouver à la société dans laquelle nous vivons que les aliénistes ne sont pas des assassins? On pourrait croire que le simple bon sens suffit pour faire justice de ces attaques insensées; et pourtant il n'en est rien. Il est aujourd'hui démontré que la probité la plus incontestable, l'abnégation la plus absolue, et les plus vastes connaissances scientifiques, ne suffisent pas pour défendre un savant des accusations les plus invraisemblables, s'il est médecin et s'il a le malheur de s'occuper des aliénés. M. Ball ne sait s'il appartient à l'Académie d'ouvrir une discussion sur des faits pareils, mais il ne peut réprimer le sentiment de douleur et d'indignation qu'il éprouve en présence des calomnies qui se propagent sans obstacle dans la masse du public et jusque dans l'enceinte des Assemblées législatives. Les aliénistes qui en font partie éprouveront sans doute le besoin de protester. «Pour moi, dit en terminant M. Ball, j'ai déchargé ma conscience et je ne crains pas d'en appeler, dans cette circonstance solennelle, aux sentiments de justice et de dignité qui ont toujours animé les membres de cette compagnie. » A. J.

BIBLIOGRAPHIE

Orteil en marteau. Nouveau traitement par Ostéotomie cunéiforme ; par M. le Dr Eugène Cohen.

On doit dire qu'il y a orteil en marteau, d'après M. Cohen, lorsqu'un seul ou les deux pieds présentent sur un orteil non dévié latéralement une extension de la première phalange sur le métatarsien avec flexion de la phalangine sur la phalange, la phalangette étant fléchie ou étendue.

Cette affection a encore été appelée orteil en cou de cygne pour sa forme (Nélaton) orteil en Z lorsque la phalangette est étendue à angle plus ou moins aigu sur la phalangine; d'autres l'ont dite orteil en zigzag, quelques-uns la dénomment orteil en griffe.

Il survient généralement sur l'orteil en marteau, au niveau du point de flexion de la phalangine sur la phalange, un durillon qui présente une structure un peu différente des autres cors. Il est formé par des couches épithéliales atrophiées et stratéfiées ; la couche de Malpighi est intacte ; les papilles sont hypertrophiées, elles acquièrent jusqu'à 15 millimètres de diamètre. Sous le derme et au-dessus du tendon extenseur, se trouve une bourse séreuse tapissée d'épithélium pavimenteux.

Nous n'insisterons pas sur les inconvénients de cette infirmité qui rend la marche et la station debout très douloureuses. Le malade boite, il ne peut marcher, ou du moins; il ne peut faire une marche un peu continue.

Souvent, par suite du frottement de la chaussure, la bourse séreuse s'enflamme et quelquefois la suppuration se fait jour, à l'intérieur, à travers la peau ; il en résulte une fistule cutanée qui a de la difficulté à se cicatriser, Disons, en terminant, que l'orteil en marteau est un cas d'exemption du service militaire.

Quels sont les moyens que la chirurgie met à notre disposition pour la cure de cette infirmité ? Jusqu'ici on doit dire qu'ils étaient peu satisfaisants. Le massage, l'extension continue, les appareils inamovibles ont été employés avec peu de succès. On a aussi essayé de combiner les sections tendineuses aux méthodes orthopédiques. Boyer cite un cas dans lequel il fit d'abord l'incision à ciel ouvert du tendon extenseur. Mais six mois après l'opération, une substance dure et solide s'étant formée entre les deux bouts du tendon, l'orteil revint par degré à sa forme primitive. Il eut alors recours à l'incision d'une partie du tendon extenseur et il obtint une guérison parfaite. Cloquet eut un heureux succès par l'incision des brides formées par l'aponévrose plantaire.

Il faut l'avouer, les moyens médicaux et chirurgicaux employés pour la cure de l'orteil en marteau étaient rarement efficaces et, dans bien des cas, on dut avoir recours, pour guérir cette affection, à l'amputation de l'orteil. Un nouveau procédé était donc à trouver. L'honneur de sa découverte revient à M. Terrier, qui vient de faire à la cure radicale de l'orteil en marteau, l'application de l'ostéotomie que la chirurgie antiseptique a déjà employée à la guérison de tant de lésions des extrémités osseuses. C'est l'exposition de ce traitement qui fait l'objet de la seconde partie du livre de M. le Dr Cohen. L'opération doit être faite avec toutes les rigueurs de la méthode antiseptique. S'il existe des ulcérations autour du cor, il faut attendre leur cicatrisation avant d'entreprendre l'opération. Pour rendre le pied à opérer absolument aseptique, il sera bon de l'envelopper dans un pansement phéniqué pendant les quelques jours qui précèdent l'opération. Cette dernière comprend cinq temps : *Premier temps.*— Excision de toutes les parties molles préarticulaires. Un lambeau cutané correspondant à la saillie de l'articulation de la première et de la deuxième phalange et comprenant le cor, sera circonscrit par deux incisions transversales, semi-elliptiques, se regardant par leur concavité; avec le lambeau cutané, on enlèvera la bourse muqueuse sous-jacente au cor. *Deuxième temps.* — Ouverture de l'articulation. On sectionne transversalement avec le bistouri, le tendon extenseur entouré de sa gaine; enfin, on fait du même coup la section des deux ligaments latéraux. *Troisième temps.* — Dégagement des deux extrémités articulaires. — *Quatrième temps.* Résection des deux extrémités articulaires avec une pince coupante. — *Cinquième temps.* Hémostase, sutures au crin de Florence passées à travers la peau seulement. Petit drain entre les surfaces articulaires reséquées.

Pansement post-opératoire. — Une petite atelle de bois, qui a été placée depuis la veille dans un flacon contenant de l'éther iodoformé, est appliquée; entourée de gaze iodoformée, à la face plantaire de l'orteil ; on la maintient à l'aide de bandelettes de gaze iodoformée entourant l'orteil. Tout le pied est enveloppé dans un pansement de Lister.

Huit jours environ après l'opération, il faut renouveler le pansement pour enlever les crins de Florence et le tube à drainage. La réunion de la plaie est effectuée, l'orteil est rectiligne. On refait le même pansement, qu'on laisse appliqué encore pendant une huitaine. Quinze jours après l'opération, il y a guérison complète. Le malade peut marcher

Tel est le nouveau traitement inventé par M. le Dr Terrier et préconisé par M. Cohen. Ajoutons en terminant, que M. Terrier a présenté dernièrement à la Société de chirurgie, une femme opérée par ce procédé. Devant les résultats obtenus, on doit dire que la cure radicale de l'orteil en marteau est enfin trouvée et que cette infirmité est désormais justiciable de la chirurgie. E. Paquy.

Ueber die Regeneration der glatten Muskeln, par Stilling et Pfitzner (*Archiv. fur mikr. Anatomie.* Band XXVIII).

En enlevant de petits lambeaux de la tunique musculaire de l'estomac du Triton, on voit se produire un coagulum qui tend à combler la perte de substance. Dans ce coagulum se trouvent des leucocytes en grand nombre et des globules rouges à différents stades de dégénération appelés à disparaitre au bout de peu de jours. Les cellules à gros noyaux plats du péritoine se reproduisent par karyokinèse ; il n'y a pas lieu d'admettre une régénération par les leucocytes. Les leucocytes dégénèrent, tandis que les cellules conjonctives présentent au microscope des figures de karyokinèse pendant deux mois environ. Enfin se produit une néoformation des *fibres musculaires lisses* ; le noyau de la fibre se segmente par karyokinèse et la cellule musculaire suit cette évolution, s'étire, puis se segmente au milieu de sa longueur. Chaque tissu s'est donc reproduit par isogénèse. Les auteurs repoussent les conclusions de Jakinowitsch (Thèse sur la régénération des fibres lisses. Kiew, 1880). J. Dagonet.

VARIA

Distribution des prix à l'Ecole municipale de perfectionnement des infirmières et des infirmiers de la Pitié.

La distribution des prix à l'École de la Pitié a eu lieu le lundi 8 août. Grâce à une heureuse innovation, cette cérémonie a eu lieu, non plus dans l'étroit amphithéâtre de la Pitié, mais sous les tilleuls de l'avant-dernière cour de cet établissement, où M. Pinon, directeur de l'hôpital, avait fait dresser une estrade protégée par des tentures, sur laquelle se trouvaient les invités. Les élèves de l'école étaient placés sur des chaises disposées dans l'allée. Des drapeaux et des bannières suspendus dans les arbres donnaient à cet amphithéâtre improvisé un aspect tout à fait pittoresque. Un grand nombre de malades valides, hommes et femmes, sont venus, dans leur costume d'hôpital, se grouper autour des élèves.

La cérémonie était présidée par M. Peyron, directeur de l'Administration de l'Assistance publique, assisté de M. Bourneville et de M. Roux, directeur des affaires départementales à la Préfecture de la Seine. Nous avons remarqué parmi les nombreux invités : M. Goupy, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique ; M. Delasiauve, médecin honoraire des hôpitaux; MM. Imard, Mourlan; M. Puteaux, membre de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés ; M. le Dr Du Mesnil, membre de la même commission, et médecin de l'asile de Vincennes ; M. le Dr Maygrier, accoucheur de la Pitié, et M. le Dr Petit-Vendol, tous deux professeurs à l'Ecole d'Infirmières; M. le Dr Gilbert, M. Leclère, chef du bureau du service des aliénés; M. Chastin, pharmacien en chef de l'hôpital ; M. Oudot, directeur de Cochin; M. Rouxel, directeur de la Boulangerie centrale ; MM. les internes en médecine et en pharmacie de la Pitié, et les employés de l'établissement.

M. Peyron a ouvert la séance par le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

Je ne serais pas votre fidèle interprète si je ne commençais cette courte allocution en félicitant M. le Directeur de cet hôpital de son heureuse innovation : cette installation fraiche et printanière, sous les arbres, au milieu de la verdure et des fleurs, vous paraîtra préférable à l'amphithéâtre qui nous réunissait habituellement, malgré l'air de fête qu'il prenait ces jours-là.

Mais puisque je viens de faire une comparaison désagréable à cet amphithéâtre, laissez-moi rappeler qu'en même temps qu'il sert aux leçons de notre école d'infirmières, il est le théâtre de l'enseignement clinique du professeur Verneuil et saisir cette occasion d'applaudir ici sa récente élection à l'Académie des Sciences où il avait sa place naturelle et marquée, de saluer publiquement le nom de ce maître illustre qui honore si grandement sa profession et la science française.

Il me faut bien l'avouer, à la confusion de l'Assistance publique, cet amphithéâtre n'est pas digne de l'enseignement qui s'y donne, mais j'espère que, bientôt et grâce aux nouvelles ressources que le Conseil municipal vient de mettre à notre disposition, nous pourrons enfin réaliser un projet depuis longtemps formé et doter enfin la Pitié d'un amphithéâtre qui lui fasse honneur. En attendant, nous avons voulu au moins améliorer un peu la situation actuelle et, avec le concours de M. Imard, nous avons présenté au conseil de surveillance un projet destiné à donner à cet amphithéâtre un peu plus d'espace et de lumière. Le Conseil de Surveillance ne s'est pas contenté d'accueillir ce projet, mais, sur l'initiative de M. Goupy, que je suis si heureux de voir à mes côtés, lui a même fait subir d'heureuses modifications. Le Conseil Municipal a, lui aussi, donné un avis favorable. Je tiens pourtant à le dire, nous n'avons pas eu la pensée d'éloigner nos projets de reconstruction, mais seulement de permettre d'en attendre la réalisation dans des conditions meilleures dont notre Ecole d'infirmières partagera les bénéfices.

Puisque je me suis laissé entraîner à ce premier aveu, je dois également signaler une autre lacune sur laquelle votre dévoué professeur, M. le Dr Bourneville, a souvent appelé mon attention : je veux parler de ces dortoirs dans lesquels nos infirmières vivent encore dans une sorte de promiscuité. Là aussi, ne pouvant tout faire, nous avons cherché à diminuer l'encombrement en mettant à la disposition du personnel quelques localités nouvelles. Mais le but à poursuivre, c'est l'attribution à chacune de nos infirmières d'une chambre dont elle ait la libre disposition et où elle puisse à défaut du luxe, trouver tout au moins une tranquillité incompatible avec le dortoir commun.

Le mois prochain sera signalé par la transformation de deux de nos établissements ; un personnel laïque viendra occuper les hôpitaux Lariboisière et Beaujon et, dès lors, la tâche que l'administration s'est imposée sera bien près d'être achevée.

Je ne présiderai pas à ces laïcisations, car le mois prochain sera pour moi aussi un mois de congé et — pourquoi ne le dirais-je pas — l'Assistance publique m'a rajeuni en ce sens qu'elle m'a appris à soupirer après les vacances, comme au temps où j'étais écolier.

Mais si je ne suis pas présent à cette transformation, je puis être absolument rassuré sur la façon dont elle s'opérera, car je serai remplacé par un collaborateur avec qui je suis en complète communion d'idées, par le Secrétaire Général de l'administration en qui j'ai la plus grande confiance, par M. Barbier.

D'accord avec moi, M. Barbier profitera de cette occasion pour récompenser votre travail, votre assiduité, vos progrès en donnant les nouveaux emplois à celles d'entre vous qui auront conquis leur diplôme. D'accord avec moi, M. Barbier aura soin d'attribuer à chacune la place qui convient le mieux à ses aptitudes, la place où elle pourra le mieux se rendre utile à l'administration. Nulle considération, soyez en bien persuadées, autre que l'intérêt de nos malades ne dictera les choix qu'il aura à faire.

Beaujon et Lariboisière seront administrés comme l'hôpital Trousseau : c'est vous dire que nous n'astreindrons à habiter l'hôpital que le personnel dont la présence constante au milieu des malades est indispensable. Les résultats déjà obtenus nous encouragent à persévérer dans cette voie, et nous espérons bien pouvoir peu à peu l'étendre à tous nos établissements. L'expérience faite à Trousseau est, en effet, concluante, tout le personnel logé au dehors s'est plié avec une discipline parfaite aux habitudes matinales qu'exigent nos services.

Les laïcisations de Lariboisière et de Beaujon vont nous permettre de disposer de cinquante places environ. Seuls les diplômes de la Pitié nous permettraient d'assurer le service, mais les deux autres écoles nous présentent aussi des sujets méritants et nous aurons ainsi l'embarras dans le choix. Pour nous fixer, nous devrons, à côté du diplôme, prendre en considération l'ancienneté et la valeur des services rendus, faire en sorte, en un mot, que nos choix défient la critique et puissent être ratifiés par celles-là même dont les espérances auront été ajournées.

Un mot encore et je cède la parole à votre excellent professeur, M. Bourneville : l'œuvre que nous avons poursuivie ensemble a donné lieu à des débats, à des querelles passionnées; et, s'il n'a pas été ménagé, je n'ai guère été plus épargné. A mesure que l'œuvre avance, la lutte se ralentit : elle cessera complètement lorsque la transformation sera achevée. Si déjà nous avons pu constater, non pas un désarmement, mais une sorte de trêve, c'est que nous avons un argument sans réplique à présenter à tout adversaire de bonne foi : cet argument, celles qui vous ont précédé nous l'ont fourni par l'aptitude, le dévouement, le zèle qu'elles n'ont cessé de montrer.

Je n'ai pas à vous dire que vous êtes toutes intéressées au succès de notre tâche : mettez-moi donc à même de pouvoir toujours et partout affirmer la capacité professionnelle, le dévouement, la probité de nos infirmières laïques.

M. Peyron a ensuite donné la parole à M. Bourneville, qui s'est exprimé ainsi :

Mesdames et Messieurs,

C'est le 24 mai 1881, trois ans après les Ecoles de Bicêtre et de la Salpêtrière, qu'a été ouverte l'*Ecole municipale de perfectionnement d'infirmiers et d'infirmières* de la Pitié. Nous clôturons donc aujourd'hui sa *septième* année.

Pour des raisons que nous avons maintes fois exposées, contrairement à ce qui se fait dans les deux autres écoles, les élèves ne reçoivent, ici, que l'*enseignement professionnel*. C'est, qu'en effet, lorsque la laïcisation sera achevée, cette école devra recevoir les élèves diplômées de la Salpêtrière et de Bicêtre, afin d'y perfectionner leurs connaissances.

L'*enseignement professionnel* comprend : 1° les cours théoriques ; — 2° les exercices pratiques ; — 3° le changement de service ou le roulement.

a) Les *cours théoriques*, qui se font dans l'un des amphithéâtres de l'hopital, sont au nombre de sept : . . . . (1).

Les professeurs, MM. Ch. H. Petit-Vendol, P. Regnard, Pinon, P. Poirier, Gilles de la Tourette, Yvon et Maygrier ont, suivant l'habitude, apporté le plus grand soin à rendre leur enseignement aussi clair, aussi pratique que possible et l'ont complété en faisant faire aux élèves, dans le courant de l'année, 21 compositions. La correction de ces compositions, en raison de l'augmentation croissante du nombre des élèves, augmentation dont nous nous félici-

(1) Voir le discours de Bicêtre, n° 33, p. 127.

tons, constitue pour eux une lourde tâche. Nous les remercions du dévouement qu'ils mettent à l'accomplir.

b) Les *exercices pratiques* ont lieu tous les jours sous la direction des surveillantes, tantôt dans une salle de médecine, tantôt dans une salle de chirurgie ou enfin dans le service d'accouchements. Les élèves apprennent à reconnaître les noms et les usages des instruments qui composent l'arsenal médico-chirurgical ; — des pièces de linge et des objets contenus dans l'*appareil* ; — des médicaments d'un usage fréquent qui doivent se trouver dans toutes les salles ; — enfin, ils apprennent à faire les lits, à placer les alèzes, à changer les draps, à faire des bandages sur le mannequin, à faire les cahiers, les feuilles du mouvement de la population, à exécuter les pansements de chaque jour, etc. Les exercices pratiques ont été suivis *obligatoirement* par tous les infirmiers et toutes les infirmières groupés par séries. Ils ont été faits avec un zèle et un empressement dignes des plus grands éloges, en chirurgie par Mme Graby, surveillante, et en médecine par Mme Boissière, sous-surveillante, qui, en raison des services qu'elle a rendus à l'enseignement et de ses années d'hospitalière, mériterait d'être promue sur place au grade de surveillante. Mmes Graby et Boissière ont multiplié leurs leçons qui ont eu lieu, durant les six derniers mois, quatre fois par semaine en médecine et en chirurgie.

Les *exercices pratiques* sur les *soins à donner aux femmes en couches* et aux *enfants nouveau-nés*, qui ne comportent qu'une vingtaine de séances, ont été faits par Mme Mallet, sous-surveillante des salles d'accouchement de la Pitié. Ils comprennent la *manière de recevoir l'enfant à sa naissance*, de le *nettoyer*, de le *baigner* ; — le *pansement ombilical* ; — l'*emmaillottement* ; — la *tenue du berceau et de la couveuse* ; — la *température de la couveuse* ; — l'*allaitement* ; — les *soins de propreté à prendre avant de toucher les nouveau-nés*.

Enfin, tous les élèves de l'école ont reçu des leçons de bains et de douches. Pour compléter cet enseignement, il conviendrait d'apprendre aux élèves diplômées à vacciner et à recueillir le vaccin. Nous signalons cette lacune à notre ami le Dr Maygrier, accoucheur de la Pitié et chargé en même temps du cours sur les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés : nous avons la conviction qu'il aidera l'Administration à la faire disparaître.

[M. Bourneville parle ensuite du *changement de service* ou du roulement, puis il reprend ainsi :]

Les *compositions* dont nous avons parlé il y a quelques instants et les *examens pratiques* que nous avons fait passer avec trois des professeurs de l'école, à 39 élèves, au mois d'avril, à 72 élèves à la fin de juillet, nous ont donné la preuve que vous aviez profité sérieusement des leçons de vos maîtres et de vos surveillantes.

L'*enseignement professionnel*, ici, de même que dans les deux autres écoles, a pour consécration la délivrance de *diplômes*. Ces diplômes ne sont obtenus que par les élèves qui ont rempli intégralement les conditions posées par vos maîtres et nous, d'accord avec l'Administration. Nous allons vous les rappeler encore une fois, afin que vous les ayez toujours présentes à l'esprit (1) . . . .

Bien que ces conditions soient rigoureuses, le nombre des élèves diplômées s'accroît chaque année dans les trois écoles. L'année actuelle est particulièrement fructueuse, car elle ne fournit pas moins de 143 diplômes. Voici la progression constatée pour l'école de la Pitié :

1882-1883.	6
1883-1884.	6
1884-1885.	36
1885-1886.	34
1886-1887.	54
Total.	136

L'hôpital de la Pitié ne possédant que 36 infirmières, d'une part, et, d'autre part, 8 surveillantes, 18 sous-surveillantes et 6 suppléantes, parmi lesquelles on comptait déjà 14 diplômées, on pourrait s'étonner du chiffre que nous venons de citer ; mais il s'explique par la présence à l'école d'une douzaine de boursières et d'un nombre considérable d'*élèves externes* : les unes libres, garde-malades ou mères de famille ; les autres, au nombre de 25, appartenant à divers hopitaux, même éloignés, en qualité d'infirmières.

Une autre cause, que nous signalons avec le plus vif plaisir, explique les brillants résultats que nous enregistrons aujourd'hui à l'école de la Pitié : c'est l'empressement mis par M. Pinon, directeur de l'hôpital, à se conformer aux instructions de M. Peyron et à seconder nos vues, afin que les exercices pratiques soient faits par les maîtresses et suivis par toutes les élèves, avec la plus grande exactitude. Convaincu de l'utilité de l'enseignement donné dans cette école, il a fait tous ses efforts pour exciter le zèle de son personnel, pour rendre fructueuses les leçons des professeurs, pour procurer à l'Administration le plus grand nombre possible de bonnes hospitalières. Nous le remercions de tout cœur de son excellente collaboration.

Nous avons parlé tout à l'heure des *élèves externes* : C'est le moment de donner quelques renseignements à leur sujet. Ils trouvent d'autant mieux leur place ici, que s'il existe des élèves externes dans les deux autres écoles, c'est à la Pitié qu'elles se rencontrent en plus grand nombre (1). Elles comprennent, en premier lieu, des infirmières des autres hôpitaux, même d'hôpitaux très éloignés ; par exemple, Saint-Antoine, Necker, Laennec, Broussais, Saint-Louis, etc. Après une journée d'un rude labeur, malgré la distance, malgré la longueur et la rudesse de l'hiver, elles se sont rendues régulièrement aux leçons. Leur zèle mérite d'être récompensé.

Les autres élèves externes ou externes libres comprennent des personnes qui désirent apprendre pour leurs besoins personnels et ceux de leur famille à soigner les malades, d'autres qui suivent les cours en attendant soit une bourse, soit une place d'infirmière dans les hôpitaux-Ecoles, et enfin des personnes exerçant ou voulant exercer la profession de garde-malades en ville. Nous parlerons des catégories précédentes pour des motifs particuliers, à la Salpêtrière et nous ne nous arrêterons aujourd'hui que sur les dernières, les *élèves externes garde-malades*. De même que les écoles donnent à l'Administration des infirmières habiles, aptes à remplacer efficacement les sœurs des hôpitaux, de même elles doivent former des garde-malades connaissant bien leur profession et en mesure de se substituer aux religieuses dans les familles de la Ville. C'est dans le but de les encourager que depuis bien des années nous avons réclamé l'ouverture dans cet hôpital d'un *Registre* sur lequel seraient inscrits les noms et les adresses des élèves de cette école qui exercent la profession de garde-malades et sont à la disposition des familles et des médecins. Cette mesure, dont nous attendons, dans l'avenir, les meilleurs résultats, vient enfin d'être prise : le *Registre* est ouvert et recevra non seulement les noms des élèves actuelles, mais aussi ceux de toutes les anciennes élèves qui en manifesteront le désir.

Nous venons de montrer à l'Administration et à tout le monde que vous aviez bien travaillé durant le cours de cette année scolaire. Il nous faut maintenant rappeler ce que l'Administration a fait, de son côté, pour vous et les améliorations qu'elle devra encore réaliser, afin d'améliorer votre situation matérielle et d'assurer un recrutement de plus en plus parfait du personnel secondaire des hôpitaux.

Nous aurions mauvaise grâce, après les paroles que vient de prononcer M. Peyron et après les bonnes intentions qu'il vient de manifester, à insister sur les modifications apportées à vos *logements*. Une fois de plus nous insistons auprès de lui pour qu'il fasse examiner la situation actuelle des dortoirs des infirmiers et des infirmières dans tous les établissements hospitaliers de Paris et préparer les plans et devis pour une transformation successive mais complète de vos *logements* dans le sens d'habitations particulières, de chambres distinctes, pourvues d'eau, d'air et de lumière. Nous insistons encore pour que la *nourriture* qui vous est donnée soit plus variée et pour que, partout, on se conforme aux votes du Conseil municipal en ce qui concerne la suppression du maigre le vendredi pour tous ceux qui en manifesteront le désir.

Si sur le logement et sur la nourriture, les désidérata restent nombreux, en revanche vous avez eu satisfaction sur le point capital, la *laïcisation*.

[M. Bourneville rappelle les dates des laïcisations des hôpitaux, indique les laïcisations prochaines, puis il continue comme il suit :]

Les efforts faits par vous et par vos compagnes de Bicêtre et de la Salpêtrière pour étendre votre instruction ; le zèle de plus en plus louable que vous apportez à bien vous acquitter de vos fonctions, les services dévoués des surveillantes laïques dans les hôpitaux laïcisés, services aujourd'hui reconnus officiellement, même par des médecins qui, depuis des années, signaient des protestations contre le renvoi des religieuses, semblent avoir enfin diminué la violence des attaques dirigées contre les surveillantes laïques par la presse cléricale (2). Mais il est un de vos adversaires que rien ne désarme, qui demeure implacable. Aussi, est-il de notre devoir de relever ses attaques et de les relever ici parce qu'elles ont visé deux des suppléantes de cette maison et qu'elles ont amené pour

(1) Voir *Discours de Bicêtre*, n° 33, p. 127.

(1) 15 à Bicêtre, dont 10 infirmières de l'hospice d'Ivry et 45 à la Salpêtrière.

(2) Cette opinion favorable était prématurée ainsi que l'a montré la polémique des journaux cléricaux de la semaine dernière au sujet de l'accident survenu à l'hôpital d'Aubervillers. (Voir le n° 33, p. 134.

l'une d'elles (1) — et ce n'est pas la première victime, un dénouement tragique.

Le 22 mars dernier, M. Desprès écrivait ceci : « Quand il s'est agi d'envoyer dans un service d'enfants atteints de croup, une dame D..., célibataire (il s'agit de Mme Duru), élève diplômée de l'école d'infirmières laïques, appelée à ce poste par son tour de placement, elle a refusé d'y aller, disant qu'elle ne voulait pas gagner le croup... »

Trois jours plus tard, M. le Directeur de l'Assistance publique adressait à M. Desprès le démenti le plus formel : « J'affirme de la façon la plus énergique, écrivait-il, que jamais je n'ai appelé Mme D... à aucun emploi dans aucun hôpital d'enfants et qu'elle n'a pas eu à refuser un poste que je ne lui ai pas offert. »

Loin de reconnaître son erreur, votre adversaire a maintenu son affirmation sans fournir d'ailleurs la moindre preuve et a porté une nouvelle accusation contre une autre de vos compagnes : « Une dame H..., a-t-il dit, également diplômée de l'Ecole d'infirmières, a également refusé de s'y rendre » (dans le service des enfants atteints du croup). » Ce fait était aussi erroné que le premier.

Sa conduite envers Mme Duru était d'autant moins courageuse et d'autant plus cruelle qu'il s'attaquait à une malheureuse femme sans défense. En effet, Mme D..., devenue veuve il y a 12 ans, et tombée de l'aisance dans la gêne, avait élevé les deux enfants qui lui restaient sur cinq, à force de sacrifices. L'un, étudiant en droit, est mort à 21 ans en 1885 ; l'autre, sergent-major, est mort peu après, également dans sa 21e année. C'est après ces nouveaux malheurs que lui vint l'idée d'entrer comme infirmière dans les hôpitaux. Mme Duru, par la dignité de sa vie, par son instruction, par tout ce qu'elle avait fait pour élever honorablement ses enfants, méritait les sympathies qui avaient contribué à sa nomination en qualité de boursière à l'École d'infirmières de la Salpêtrière.

Bien que les sachant fausses et qu'elle connût la lettre vengeresse de M. Peyron, Mme Duru avait été vivement affectée par ces accusations imméritées ; elle s'imaginait qu'il resterait toujours quelque chose de cette calomnie et que cela nuirait à la réalisation de l'avenir qu'elle avait rêvé dans les hôpitaux. Une tristesse profonde s'empara d'elle ; sa santé, bonne jusque-là, s'altéra, et, sur les conseils qui lui furent donnés, elle prit un congé. Mais, à peine arrivée dans son pays, elle succomba en quelques jours à des accidents cérébraux. Voilà l'œuvre de cet homme léger ! Après avoir été cause d'un tel malheur, tout autre que lui se serait montré plus réservé. L'espérer de lui, c'eût été peu le connaître, et, il y a quelques jours encore, le 18 juillet, à l'occasion du dernier vote du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, il a repris son travail de dénigrement et allongé la liste de ses contre-vérités. Dans sa dernière lettre, il affirme de nouveau le refus des laïques « d'aller dans les salles de croup (2) » et avance que « la mortalité a *presque doublé* à l'hospice des Enfants-Assistés, depuis dix-huit mois, c'est-à-dire depuis la laïcisation de cet établissement. C'était là une accusation grave. Nous avons tenu à savoir si elle n'avait pas au moins une apparence de fondement. Nous nous sommes procuré la statistique de la mortalité aux Enfants-Assistés depuis 1880. La voici, vous allez juger.

Années.	Population.	Nombre de Décès.	Proportion pour 100 enfants.
—	—	—	—
1880. . . .	9.434	612	6.48
1881. . . .	9.653	581	6,01
1882. . . .	10.081	637	6,31
1883. . . .	12 116	737	6,08
1884. . . .	11.940	548	4.58
1885. . . .	11.825	459	3.88
1886. . . .	12.376	597	4,82

Que ressort-il de ces chiffres ? C'est que votre ennemi acharné, avant d'affirmer, n'a pas pris la peine de vérifier, comme c'est le devoir le plus élémentaire de tout honnête homme ; c'est qu'il s'est grossièrement trompé. C'est que ces chiffres, qui nous ont été donnés par l'Administration, et dont l'exactitude ne peut être contestée par personne, pourraient nous permettre de retourner l'accusation contre les religieuses, si nous ne savions que dans un établissement comme l'hospice des Enfants-Assistés, la mortalité peut être grandement influencée par une affluence plus considérable d'enfants nouveau-nés, par des épidémies plus meurtrières, sans que, pour cela, on soit en droit d'incriminer le personnel servant des salles, qui ne fait, en somme, qu'obéir au service médico-chirurgical.

Un point de la première lettre de M. D. doit être repris : C'est la *peur du croup* qui aurait arrêté Mme D... ! Votre ennemi veut faire croire que, seules, les religieuses peuvent affronter cette maladie si contagieuse. Qu'il avance ce fait dans un journal politique, passe encore ; mais dans un journal de médecine, c'est se moquer des lecteurs. Tous les médecins savent, en effet, que dans les hôpitaux les soins immédiats les plus répugnants, *les plus dangereux*, sont donnés par les *infirmières* et que les *infirmières* sont des *laïques* : à l'hôpital Trousseau, il y avait 48 laïques et 20 religieuses ; — à l'hôpital des Enfants-Trouvés, il y avait 75 laïques pour 27 religieuses et à l'hôpital des Enfants Malades 83 laïques pour 27 religieuses.

Tous les médecins qui ont fréquenté les hôpitaux d'enfants savent que malheureusement deux des maladies les plus contagieuses, la diphthérie et l'opthalmie purulente, y font trop souvent des victimes. Voici la statistique — sans doute incomplète — de ces accidents, de 1860 à 1885 dans ces trois établissements : *quatre religieuses* ont eu la diphthérie, *une* a succombé ; *cinq laïques* ont eu la diphthérie, *quatre* sont mortes. — UNE *religieuse* a perdu *un* œil ; — NEUF *laïques* ont perdu un œil et TROIS ont perdu les DEUX YEUX ; soit CINQ victimes *religieuses* et DIX-SEPT victimes *laïques*.

M. Desprès connaît ces faits qui démontrent, d'une façon péremptoire, que le courage et le dévouement des laïques est incontestable ; il sait aussi que durant les épidémies de choléra, depuis 1832 jusqu'en 1883, les laïques ont fait leur devoir ; qu'il en a été de même durant les épidémies de variole et que dans les services d'enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière, où la tâche de l'infirmière et de la surveillante est des plus répugnantes, les laïques ont eu à soigner depuis des siècles toutes les maladies infectieuses. Enfin s'il avait daigné consulter ses collègues de l'hospice des Enfants-Assistés et de l'hôpital des Enfants-Malades, il aurait appris qu'ils n'avaient qu'à se louer de leur personnel laïque, ainsi que le disait M. Peyron, mercredi à Bicêtre.

Ce n'est pas pour le vain plaisir de récriminer, ni pour combattre un adversaire que tous les gens sensés jugent à sa valeur, que nous avons insisté sur ses attaques inqualifiables ; c'est parce qu'elles comportent en elles-même un enseignement. Elles vous montrent que des regards inquisiteurs peu bienveillants sont sans cesse fixés sur vous et qu'en conséquence, vous devez redoubler d'efforts, de zèle, afin de remplir vos devoirs avec la plus rigoureuse exactitude : exécution fidèle des prescriptions des médecins ; — obéissance complète aux ordres de l'Administration ; — bonté et dévouement envers tous les malades quels qu'ils soient ; — respect absolu de la liberté de conscience ; — bienveillance et solidarité les unes envers les autres. Pénétrez-vous bien de ces conseils, faites-en la règle de votre conduite et vous rendrez indestructible la laïcisation des hôpitaux qui vous assure, en travaillant, un avenir honorable que vous devrez à la République et que jamais un régime monarchique et clérical ne vous aurait permis d'espérer.

Il a été ensuite procédé à la distribution des récompenses, consistant en livrets de la Caisse d'épargne, en trousses et en livres. Parmi les donateurs de livrets, nous citerons Mme Tavernier, MM. Brouardel, Peyron, Poirier, Yvon et Bourneville.

Technique dentaire. — Des différents degrés de la carie.

La carie dentaire présente différents degrés dans son évolution. Les auteurs sont ordinairement d'accord à lui en trouver trois. Un quatrième cependant a été créé. Il a été appliqué à une complication de la carie, dans le cas où celle-ci ayant perforé la cavité pulpaire, la pulpe dentaire se trouve détruite en totalité ou en partie. Il ne sera fait ici mention que des trois premiers. Encore, le traitement pour le troisième degré ne sera-t-il donné qu'incomplètement, le manuel opératoire en étant long et compliqué et exigeant un outillage spécial.

Le premier degré, passe presque toujours inaperçu du malade, qui ne vient jamais pour une altération plus ou moins étendue et peu profonde de l'émail réclamer les soins du praticien. Ces caries sont en effet indolores, et c'est à peine si la sensation d'agacement se produit au contact du froid et des acides, même chez les dents à calcification défectueuse. Dans une dent à tissu compacte ces caries n'offrent point de pénétration à la sonde exploratrice. Chez la dent à tissu friable, la dentive sous-jacente se laisse, au contraire, sans être néanmoins atteinte elle-même, facilement entamer par le *ciseau* à émail ou l'*excavateur*.

La *carie au deuxième degré*, se manifeste par une disparition de l'émail, et une altération plus ou moins profonde de la dentive sous-jacente. C'est même ce plus ou moins de profondeur qui peut faire accepter facilement une division dans ce degré.

(1) Une surveillante de la Salpêtrière — auparavant à Lourcine — Mme C..., à la suite de violentes attaques absolument injustes de M. D..., est devenue mélancolique, a maigri, s'est affaiblie et a été prise d'une fièvre typhoïde contre laquelle ses forces épuisées par les chagrins, ne lui ont pas permis de résister.

(2) Tout le monde sait que M. le Directeur de l'Assistance publique n'a eu que l'embarras du choix quand il a procédé à la laïcisation des hôpitaux d'enfants : Enfants-Assistés, Enfants-Malades, Forges-les-Bains et Trousseau.

1° La carie peut être superficielle pour ainsi dire, et n'occasionner aucune douleur.

2° La carie au contraire profonde n'est pas loin de la cavité pulpaire, de telle sorte que la pulpe protégée seulement par un mince *septum* de dentive saine, peut subir une irritation de la part des agents extérieurs.

Il y a carie *au troisième degré*. lorsque l'émail disparu, la dentive est altérée à ce point que la cavité pulpaire est à jour et que la pulpe dénudée, est exposée directement à toutes actions irritantes, de l'air, des liquides, et des solides, introduits dans la bouche etc., etc. G. GUILLOT.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Les Religieuses s'opposent de nouveau aux autopsies :

5 9bre 1655. *Anatomie.* — Monsieur le Doyen a dit qu'il avoit un autre mémoire des religieuses dont le premier article estoit pour des corps morts que les chirurgiens en voulaient quelquefois faire ouverture pour faire des expériences de leur art, que l'on en avoit encore depuis peu demandé la permission à la mère prieure, *qu'elle l'avoit refusée*, que le Bureau ne la devoit point acorder et que cela estoit de conséquence. Monsieur de Gomont a dit que au commencement de cette année, pareil avis fut donné par Monsieur le Doyen et la mère Prieure, toute la compagnie estant ensemble à la profession de quelques religieuses dans l'Hostel Dieu, et qu'au Bureau, il y eut une délibération sur ce sujet. A son raport il a demandé le registre des deliberations pour en faire lecture: il l'a trouvé du douzieme fevrier et comme il en vouloit faire lecture on a dit que la Compagnie en avoit mémoire et que cela suffisait.

Le règlement est ainsi conçu. Il est pourtant assez compréhensible.

Touchant l'anatomie des corps morts à l'Hostel Dieu. — Règlement. — Sur le raport fait par monsieur de Gomont, il a esté arresté qu'il ne sera donné aucun mort de l'Hostel Dieu, soit d'hommes soit de femmes ou d'enfans de quelque aage ou qualité qu'ils soient ny pour considération, de mort violente ou naturelle, subite ou aultre aux chirurgiens ny autres personnes pour en faire l'anatomie ou dissection au dedans ny au dehors dudict Hostel Dieu, cela blessant la charité chrestienne et l'humanité; attendu mesmes les conséquences, Mais qu'en cas que les médecins et chirurgiens de l'Hostel Dieu ayant interest de cognoistre les causes de la maladie ou de la mort de quelque personne décedée, soit officier, domestique ou pauvre, affin de servir au soulagement d'autres maladies ou maux et pour le bien des pauvres, la Compagnie se réserve de leur donner audict cas, et non autrement *la permission de faire ouverture des corps morts, à la charge que l'ouverture ne pourra estre faite que dans l'Hostel Dieu par les chirurgiens de la maison, en présence des médecins de ladicte maison ou deux d'iceux* pour le moins Qu'aussitot l'ouverture faite en la mesme forme qu'on a accoustumé d'ouvrir les corps morts dans les familles particulières, le corps sera ensevely et enterré à la manière accoustumee.... Que si l'occasion se présentoit de faire ces sortes d'ouvertures sans que l'on peust attendre le jour et l'heure du Bureau, deux de messieurs en pourront donner la permission, pour estre faites en la forme cy dessus lesdites permissions par escript et par eux fait rapport au Bureau lors prochain, affin d'en estre faict marque sur le registre. *Sera donné advis de la présente délibération à la mère Prieure pour en faire advertir touttes les religieuses affin qu'elle soit executée selon sa forme et teneur*, et deffenses très expresses à tous officiers et domestiques d'y contrevenir, à peine d'être punis et chassez (Delibns. *Reg.* 22, p. 108.)

5 may 1656. — *Les Religieuses cachent leur nombre* : Le sieur Febre a dit à la mère Prieure qu'elle n'a point satisfait au reglement du Bureau qui l'oblige d'y aporter le nom des religieuses dudit Hostel Dieu qui sont decedées ou qui sont sorties pour savoir quand le nombre qui a esté arresté sera remply. A quoy elle a respondu *qu'elle ne s'en estoit point souvenue*. Sur la prière du Bureau elle a promis de les faire scavoir au premier jour (*Reg.* 33, P. 225, verso).

12 may 1656. — La Compagnie a donné charge au Grefier du Bureau d'aler trouver la mère Prieure de l'Hostel Dieu et luy demander le nom des Religieuses qui sont sorties dudit Hostel Dieu depuis le dernier mémoire qu'elle en a donné (*Reg.* 33, p. 230).

Le 17 may. — Le Greffier du Bureau a dit qu'il a esté voir la mère Prieure de l'Hostel Dieu qui luy a donné le nom des Religieuses qui sont sorties de l'Hostel Dieu dont elle avoit dejà dressé le mémoire (*Reg.* 33, p. 232, verso). A. ROUSSELET.

Enseignement médical libre.

Clinique chirurgicale de la Charité. — M. P. SEGOND, agrégé suppléant M. Trélat : Leçons les mercredis et vendredis de chaque semaine, à 9 heures 1/2 du matin.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 1886, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	19	7	2	28
2e	9	20	7	36
3e	26	27	6	59
4e	27	42	11	80
5e	20	34	15	69
6e	18	32	8	58
7e	19	17	7	43
8e	9	12	1	22
9e	12	21	2	35
10e	17	43	9	69
11e	71	93	37	201
12e	26	32	13	71
13e	35	72	26	133
14e	25	63	19	107
15e	46	65	18	129
16e	18	12	4	34
17e	28	43	18	89
18e	50	81	35	165
19e	35	61	10	106
20e	54	82	39	175
	564	858	287	1709

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies	Nombre
A	
Angines et laryng.	101
Croup	37
Coqueluche	8
Corps étrangers de l'œsophage	1
— de l'oreille	2
B	
Asthme	43
Affections du cœur.	52
Bronchites aiguës et chroniques	94
Pleuro-pneumonie	88
Congestion pulmonaire	17
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	131
Cholérine	32
Dysenterie	3
Athrepsie et choléra infantile	12
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	55
Hernie étranglée	23
Rétention d'urine	14
Orchite	1
Chute du rectum	1
D	
Métrite. Métro-péritonite	52
Métrorrhagie	28
Fausse-couche	50
Accouc. Délivrance	157
Accouc. non terminé	18
E	
Affect. cérébrales, Paralysies	87
Eclampsie. Convuls.	56
Névralgies	29
Névroses	71
Epilepsie	17
Aliénation mentale	5
Alcoolisme. Delirium tremens	24
Chorée	0
Tétanos	0
F	
Rhumatisme	24
Affections éruptives	75
Fièvre intermitt.	3
Fièvre typhoïde	32
Hémorrhagies de causes internes et externes	72
G	
Plaies. Contusions.	79
Fractures, Luxations, Entorses	28
Brûlures	6
Empoisonnements	15
Asphyxie par le charbon	8
— submersion	5
Suicide	0
	9
H	
Mort à l'arrivée du médecin	51
Total	1705

La moyenne des visites par nuit est de 13 19/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 17 39/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 33 0/0.
Les femmes — — de 52 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 15 0/0.

Visites du 2e trimestre de	1886	1.600
— —	1887	1.109
Différence en plus		799

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 aout 1887 au samedi 13 août 1887, les naissances ont été au nombre de 1211, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 466 ; illégitimes, 155. Total, 621. — *Sexe féminin* : légitimes, 436 ; illégitimes, 154. Total, 590

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 août 1887 au samedi 13 août 1887, les décès ont été au nombre de 973, savoir : 495 hommes et 478 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 12. T. 21. — Variole : M. 5, F. 4. T. 9. — Rougeole : M. 10, F. 6. T. 16. — Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 0, F. 6. T. 6. — Diphthérie, Croup : M. 14 F. 6, T. 20. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 84, F. 78. T. 162. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 6. T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 28. T. 40. — Méningite simple : M. 19, F. 12. T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 9. T. 35. — Paralysie : M. 0, F. 5. T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 4. T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 34. T. 58. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 7 T. 10. — Bronchite chronique : M. 8. F. 17. T. 25. — Broncho-Pneumonie : M. 3, F. 8. T. 11. — Pneumonie M. 15, F. 16. T. 31. — Gastro-entérite, biberon : M. 71, F. 61. T. 132. — Gastro-entérite, sein : M. 25, F. 26. T. 51. — Autres gastro-entérite : M. 9, F. 8. T. 17. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puer-

pérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 14, F. 10, T. 24. — Sénilité : M. 11, F. 21. T. 32. — Suicide : M. 15, F. 6. T. 21. — Autres morts violentes : M. 6, F. 3. T. 9. — Autres causes de mort : M. 80. F. 69. T. 149. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 5. T. 12.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 92, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 18. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 23; illégitimes, 20. Total : 43.

Faculté de médecine de Paris. — La *Bibliothèque* fermée depuis le 12 août, sera ouverte à dater du lundi 22 août et jusqu'à la fin des vacances scolaires, les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à quatre heures du soir.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — Un congé d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à partir du 19 novembre 1887, à M. Machelart, préparateur de chimie minérale à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Lille. — La chaire de physique à ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Concours. — Un concours s'ouvrira le 20 février 1888, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de physique et de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Soutenance de thèse pour le doctorat ès sciences naturelles. — Le jeudi 28 juillet 1887, à quatre heures de l'après-midi, M. Bouvier (L.-E.), agrégé des sciences naturelles, chef des travaux pratiques au laboratoire des Hautes Etudes (Malacologia), a soutenu devant la Faculté des sciences de Paris les deux thèses suivantes pour le doctorat ès sciences naturelles : 1re Thèse. — *Système nerveux, morphologie générale et la classification des gastéropodes prosobranches.* — 2e Thèse. — *Propositions données par la Faculté.* M. Bouvier a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Berlin.* M. Virchow, vient d'être battu dans l'élection pour le rectorat, ce qui est regardé comme un événement assez important. M. Virchow, un savant de premier ordre, est l'un des chefs du parti progressiste qui a voté contre le septennat. Les apparences sont que des raisons politiques ont déterminé un certain nombre de votants à rejeter le candidat de la faculté de médecine. L'Université allemande comprend l'école de médecine et l'école de droit, en même temps que les facultés de philosophie et de théologie. C'est une coutume admise depuis des années que les quatre facultés proposent alternativement chaque année un candidat au rectorat. Cette année, c'était le tour de la Faculté de médecine. Cependant la *Gazette nationale* assure que la politique n'a joué aucun rôle dans l'affaire (*Journal de Genève*, 16 août).

Asile d'aliénés de la Seine. — M. le Dr Legrain, ancien interne des Asiles de la Seine, vient d'être nommé médecin-adjoint à la colonie d'Enfants arriérés annexée à l'Asile de Vaucluse.

Asile de Ville-Evrard. — Le 21 août doit avoir lieu l'inauguration du chemin de fer Nogentais à air comprimé, qui partant de Vincennes (station des tramways), conduira les visiteurs jusqu'à la porte de l'Asile de Ville-Evrard. La création de ce tramway rendra très facile les visites des familles se rendant soit à l'Asile, soit au pensionnat de Ville-Evrard.

Assistance publique. — Service médical a domicile. — Un concours aura lieu le 7 novembre. Les candidats devront se faire inscrire avant le 7 novembre prochain. Trente-cinq places sont actuellement disponibles et voici comment elles se répartissent : 1 place dans les 4e, 6e, 8e, 11e, 14e, 15e, 16e, 17e et 20e arrondissements ; 2 places dans les 2e, 5e, 7e et 12e arrondissements ; 3 places dans le 3e ; 4 dans le 19e ; 5 dans le 13e et 6 dans le 18e.

Conseil d'hygiène de la Seine. — M. Schlœsing, membre de l'Institut, est nommé membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, en remplacement de M. Boussingault décédé.

Exercice illégal de l'art des accouchements. — Brosse, Marie, veuve Tollet, pour avoir à Rive-de-Gier, pratiqué l'art de l'accouchement envers 13 femmes, a été condamnée à 13 francs d'amende par le tribunal correctionnel de Saint-Etienne, dans son audience du 23 juin 1887. Cela représente, si nous sommes bon calculateur, 1 franc par délit ; avis à ceux ou à celles qui voudraient s'en passer la fantaisie ! (*La Loire médicale*, 1887, n° 8).

Legs Bouisson. — Le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier est autorisé à accepter les legs faits à ladite Faculté par M. Bouisson et consistant dans la nue propriété : 1° De sa bibliothèque, à l'exception de la division comprenant la collection des poètes français donnés à la ville ; 2° D'une somme de 10.000 fr. destinée à l'installation de cette bibliothèque dans un local particulier de la Faculté, qui devra porter le nom de salle Bouisson, où sera placé le buste en marbre du testateur également donné par lui ; 3° D'une somme de 5.000 fr. pour l'impression du catalogue de cette bibliothèque ; 4° D'une somme de 100.000 fr. pour la fondation de cinq prix annuels, sous le nom de prix Bouisson.

Médecins des Prisons de la Seine. — Par arrêté en date du 16 août 1887, M. le Dr Variot, est nommé médecin de l'Infirmerie Centrale des prisons de la Seine, en remplacement de M. le Dr Albert Josias, démissionnaire. Nous n'avons rien à dire du choix fait par M. le Préfet de Police. M. Variot était d'ailleurs, nous dit-on, médecin-adjoint du service. Mais nous croyons que, en cas de vacances, il conviendrait de procéder à la nomination du chef de service par le *concours*, ou mieux de faire rentrer, au point de vue médical, l'infirmerie de la Santé, dans les services médicaux de l'Assistance publique, comme nous l'avons déjà demandé à diverses reprises, en confiant le service à un médecin du Bureau central.

Mission scientifique. — M. P. Gibier, aide-naturaliste au muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission en vue d'étudier la *fièvre jaune* dans les pays où elle sévit ordinairement et de la combattre par des moyens prophylactiques.

Muséum d'histoire naturelle. — M Ruliot (H.-L.), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est nommé préparateur près la chaire de botanique (*Organographie et physiologie végétale*), en remplacement de M. Granjon, décédé.

Tubage du larynx. — C'est par un abus de langage que, dans notre travail sur le *tubage du larynx*, (*Progrès médical*, n° 31, nous avons appelé cette opération : opération d'O 'Dwyer. La paternité en appartient tout entière à M. Bouchut et c'est bien plutôt « opération de Bouchut » qu'il faudrait dire, ainsi que M. Bouchut nous prie de le faire remarquer. M. I.-W.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du Dr Alexandre Bousquet, vice-consul de France au Brésil (Province de Saint-Paul), ancien chirurgien de l'armée brésilienne pendant la guerre du Paraguay. — Dr Legendre Henri ; — Dr Charles Maunoury, chirurgien honoraire de l'hôpital de Chartres, décédé le 16 août dans sa 72e année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

Joal. — Le vertige nasal. Brochure in-8° de 24 pages.

Laissus (C.). — Les maladies des enfants et les eaux thermales chlorurées sodiques de Salins-Moutiers (Savoie). Brochure in-8° de 32 pages. — Moutiers 1887. — Librairie F. Ducloz.

Martin (H.). — Vevey. Station climatérique. Notice médicale sur le climat et la cure du raisin. Brochure in-8° de 20 pages. — Vevey, 1886. — Librairie B. Benda.

Mavrogény-Pacha. — Conférences médicales sur la Malaria. Volume in-18 de 280 pages. — Paris, 1887. — Typographie Morris père et fils.

Bell (C.). — Seventh inaugural address. Brochure in-8° de 10 pages. — *Medico legal society of New-York.* Brochure in-8° de 13 pages. — New-York, 1887. — 57, Broadway.

Bell (C.). — Insanity and the Case of the Insane. Brochure in-8° de 43 pages. — New-York, 1887. — 57, Broadway.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE — 2e SÉRIE. T. VI. Nº 35. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 27 AOUT 1887.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

Hôpital de la Charité. — Service de **M. P. BUDIN**.

Ophthalmie et abcès du sein ;

Par **Th. LEGRY**, interne des hôpitaux.

Trois cas d'abcès du sein observés presque simultanément dans le service de notre Maitre, M. Budin, nous ont fourni l'occasion de constater, dès les premiers jours de la maladie, un signe que nous n'avons trouvé relaté par aucun des auteurs classiques consultés à ce sujet, l'issue du pus par les orifices des conduits galactophores.

Le fait est bien mentionné pour les phlegmons et abcès du mamelon ou de l'aréole, mais nous ne l'avons pas vu signalé, dans le cas d'abcès de la glande mammaire proprement dite, de mammite, de mastite.

La constatation de ce fait, *issue précoce* du pus par les orifices des canaux, jointe à celle des conditions spéciales dans lesquelles ces abcès se sont développés, nous a paru de nature à jeter quelque lumière sur certaines particularités de l'étiologie et de la pathogénie des abcès du sein, encore discutées de nos jours, et à fournir quelques indications pratiques au point de vue de la prophylaxie de cette affection.

Des trois grandes théories, engorgement laiteux, lymphangite, inflammation des conduits galactophores, tour à tour invoquées pour expliquer le mode de production de ces abcès, deux surtout sont encore matière à discussion dans les ouvrages classiques modernes.

Certains auteurs, reléguant au second rang l'inflammation des conduits lactifères, attachent une importance primordiale aux lésions du système lymphatique ; les autres, au contraire, croient que, dans l'immense majorité des cas, la phlegmasie, partie du mamelon, se propage le long des canaux glandulaires.

Mais il est un point sur lequel tous semblent être d'accord, c'est qu'il existe presque toujours, sinon toujours, une lésion du mamelon, érosion, gerçure, crevasse, point de départ de l'inflammation.

L'existence de cette lésion primitive est cependant loin d'être constante, loin surtout d'être indispensable.

Des recherches expérimentales et bactériologiques récentes, et en particulier de celles de Bumm (1), Piante (2), Cohn (3), Escherich (4), Mme Emma Merrit (5), il semble résulter que le dépôt, à la surface du mamelon même sain, de liquides contenant des germes, suffit à provoquer l'inflammation des conduits galactophores, inflammation qui peut remonter le long de ces conduits et aboutir finalement à la production d'abcès. Les crevasses du mamelon constituent évidemment une condition favorable à la formation d'abcès du sein, puisque les microbes trouvent là un milieu où ils peuvent séjourner, s'accroitre, se multiplier, pour cheminer ensuite le long des canaux excréteurs ; mais elles ne sont pas la condition suffisante et nécessaire du développement de la maladie.

Les faits cliniques suivants viennent bien à l'appui de cette manière de voir.

Observation I. *Ophthalmie. Parotidite chez l'enfant. Abcès des deux seins chez la mère.*

La nommée A..., âgée de 24 ans, accouche à 8 mois, le 15 mars, d'un enfant du sexe masculin, pesant 2,610 gr. L'enfant est mis dans une couveuse.

Le 17, il est atteint d'ophthalmie légère. Lavages à l'eau boriquée.

20 *mars*. — L'ophthalmie s'est aggravée, pus abondant. Cautérisation au nitrate d'argent 2 fois par jour, outre les lavages continués toutes les heures. L'enfant diminue considérablement de poids. Diarrhée notable. Tuméfaction œdémateuse au niveau de la parotide droite, empiétant sur la branche montante du maxillaire inférieur correspondant.

22 *mars*. — Fluctuation nette au niveau de la parotide droite. Ponction avec le bistouri : on introduit un fil dans la plaie pour maintenir l'orifice béant. Pansement avec de l'ouate trempée dans du sublimé. On constate une ouverture spontanée de la collection, à l'intérieur de la bouche, au niveau de la joue droite.

23 *mars*. — La parotide gauche est atteinte également. Ouverture au bistouri à gauche et même traitement. L'enfant diminue progressivement de poids les jours suivants : l'ophthalmie persiste. Mort le 31 mars.

Dès le 24 *mars*, la mère qui allaitait son enfant et qui, jusque-là, avait eu des suites de couches normales, présentait une élévation de température, 38°8. Le sein gauche est douloureux, dur à la partie externe. Il y a quelques crevasses. Eau alcoolisée sur les crevasses. Compression du sein.

25 *mars*. — Temp. 39°-39°8. Sein tendu. Bosselures. Noyaux indurés à la partie externe. Elancements. Cataplasmes.

26 *mars*. — 38°4 — 38°7. — Même état. En pressant sur le sein d'arrière en avant, on fait sourdre une certaine quantité de pus épais, crémeux par les conduits galactophores.

27 *mars*. — 37°4 — 38°8. Les noyaux indurés semblent se ramollir. On continue les cataplasmes. La pression donne encore lieu à l'issue de gouttes de pus par les orifices des conduits. Pas de ganglions axillaires.

28 *mars*. — 37°8 — 39°2. Fluctuation nette à la partie externe du sein. Ouverture au bistouri, on vide la cavité. Gros drain. Pansement au sublimé.

29 *mars*. — 37°6 — 38°2. Le sein droit, douloureux depuis quelques jours, est le siège d'indurations analogues à celles qu'on a observées du côté gauche. Elancements. Cataplasmes. Issue de pus par les orifices des canaux excréteurs au niveau du mamelon, sous l'influence de la pression.

30 *mars*. — Fluctuation. Ouverture. Drain. Pansement au sublimé.

31 *mars*. — Suppuration presque disparue à gauche : quelques gouttes de pus seulement. Le drain est supprimé.

1er *avril*. — Un peu de pus seulement par l'orifice du tube du côté droit. La pression ne fait plus apparaître de pus d'aucun côté, au niveau du mamelon.

2 *avril*. — Encore un peu de pus à droite. Tube supprimé. La cicatrisation s'achève les jours suivants. Tout paraissait terminé lorsque, le 11 mars, on constate une nouvelle élévation de température, 37°9. Le sein droit est tendu, rouge. On trouve

(1) Bumm. — *Zur Ætiologie der puerperalen Mastitis* (Archiv. für Gynæk). Band 24. Heft 2-3, 1884.

(2) Piante. — *Sur la genèse et le traitement des abcès du sein*. Thèse, Lyon 1885.

(3) Cohn. — *Zur Ætiologie der puerperalen Mastitis. (Zeitschrift für Geburts und Gynæk.)* Band 21, Heft 11, 188[illegible].

(4) Escherich. — *Bacteriologische Untersuchungen ueber Frauenmilch* (Fortschritte der Medicin, nº 3, 1885, nº 8, 1885.

(5) Mme Emma Merritt. — *Quelques recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein*. Th. Paris 1887.

de la fluctuation au niveau de la cicatrice qui est très-mince. La simple pression sur la tumeur donne lieu à l'issue de deux cuillerées de pus environ. On lave la cavité avec du sublimé et on met un drain. A partir de ce jour, réparation régulière. La malade sort complètement guérie le 25 avril.

Obs. II. — La nommée Marie L..., de bonne santé habituelle, a accouché à terme, le 25 mars, d'un enfant du sexe masculin bien portant, pesant 3.400 grammes. L'accouchement n'a rien présenté d'anormal. Les suites de couches sont tout d'abord exemptes d'accidents.

Le 1er *avril*, l'enfant présente de l'ophthalmie.

3 *avril*. — Les deux yeux donnent lieu à une sécrétion tres abondante de pus. Cautérisation au nitrate d'argent matin et soir. Lavages avec de l'eau boriquée toutes les heures.

Pendant les jours qui suivent, il y a des alternatives d'amélioration et d'aggravation. La mère allaite toujours son enfant. Il n'y a aucune altération du mamelon ni de l'aréole. Le pus, sécrété en extrême abondance par les conjonctives, s'écoule parfois sur les joues de l'enfant et la mère l'y laisse séjourner, malgré les recommandations faites à ce sujet.

10 *avril*. — La mère, jusque-là bien portante, a 38°4 le soir. Il n'y a toujours ni crevasse, ni excoriation superficielle. Le sein est tendu, douloureux, présente des bosselures à la partie supéro-externe. Compression.

11 *avril*. — 38°4. — 38°9 — Bosselures de la glande plus marquées.

12 *avril*. — 37°6. — 38°8. — A la pression, on fait sourdre quelques gouttes de pus, au niveau du mamelon, par les orifices des canaux galactophores. Le sein est volumineux, dur, résistant dans sa moitié supéro-externe.

13 *avril*. — Apparition d'un point fluctuant au niveau de l'aréole, en dehors du mamelon.

14 *avril*. — Même état. On ouvre le point fluctuant de l'aréole; on vide, par la pression, la cavité, très petite d'ailleurs. Lavage au sublimé. Petit drain. Pansement avec iodoforme, ouate et sublimé.

16 *avril*. — 37°4. — 38°8. — En pressant sur la totalité du sein, on fait sortir du pus par l'orifice créé au niveau de l'aréole. Le sein est toujours très tendu, très dur, et le siège d'élancements douloureux. A la partie supéro-externe, il existe un point où la fluctuation semble apparaître. Pus encore par les conduits galactophores.

17 *avril*. — 38°2. — 39°4. — Fluctuation nette en haut et en dehors. Ouverture au bistouri. Lavage. Gros drain.

19 *avril*. — 38°2. — 38°2. — Presque plus de suppuration, mais sein très dur dans sa totalité. Même pansement avec forte compression.

21 *avril*. — 37°2. — 37°. — Quelques gouttes de pus seulement par l'orifice du tube, mais sein toujours tendu et volumineux.

23 *avril*. — 37°. — 37°4. — Même état.

Le sein reste encore volumineux et dur pendant quelques jours. On continue de faire de la compression. Ce n'est que dans les premiers jours de mai que tout est rentré dans l'ordre.

La conjonctivite de l'enfant a été remarquable par son intensité et sa persistance. Il n'est guéri que le 15 mai, époque à laquelle la mère sort de la Charité.

Dans ces trois cas, réunis en deux observations, puisque deux de ces abcès se sont produits chez la même femme, la filiation des accidents est facile à suivre.

Dans l'observation I, on voit que le nouveau-né est atteint d'ophthalmie le 17 mars, puis d'une parotidite double. Le phlegmon parotidien s'ouvre spontanément à l'intérieur de la cavité buccale le 22. La bouche de l'enfant, qui continue de téter sa mère, est dès lors constamment souillée par le pus. Le 24, on constate chez la mère le début d'un abcès du sein gauche; puis le 29, les mêmes signes sont perceptibles du côté droit. Des deux côtés, l'inflammation a suivi les conduits galactophores, ainsi que le prouve l'issue par ces conduits d'un liquide purulent, épais, crèmeux dès le début de l'affection, alors qu'on ne trouve aucun signe de collection dans le tissu péri-glandulaire. Il existait, chez cette femme, des gerçures du sein, peu notables d'ailleurs, des deux côtés.

Dans l'observation II, les recherches les plus minutieuses n'ont pu révéler l'existence, à aucun moment, de la moindre lésion du mamelon ni de l'aréole. L'enfant est atteint d'ophthalmie le 1er avril: le pus est abondant. A plusieurs reprises, et malgré les soins pris à cet égard, on trouve quelques traînées de pus sur les joues de l'enfant. Le 10 avril, la mère présente tous les signes d'un abcès du sein au début, abcès qui évolue les jours suivants. Ici encore, c'est bien par les conduits lactifères que l'inflammation a débuté: comme précédemment, le pus est venu sourdre, sous l'influence de la pression, au niveau des orifices de ces conduits.

N'est-il pas vraisemblable d'admettre que, dans tous ces cas, le pus, provenant soit des conjonctives seules, soit des conjonctives et de la bouche ou de la bouche seulement chez l'enfant atteint de parotidite, pus déposé à la surface d'un mamelon sain chez l'une des deux femmes, atteint de gerçures chez l'autre, est devenu la source d'une infection qui s'est propagée dans la glande mammaire pour aboutir à la formation d'un abcès? Et le fait de la propagation le long des conduits galactophores ne se trouve-t-il pas démontré par l'*issue précoce* du pus au niveau des orifices des canaux excréteurs?

S'il en est ainsi, et nos observations nous paraissent suffisamment démonstratives à cet égard, l'ophthalmie des nouveau-nés pourrait être une cause fréquente d'abcès du sein chez la femme qui allaite, puisqu'elle constitue une source permanente de liquides septiques, lesquels ont les plus grandes chances, au moment où l'enfant prend le sein, de venir au contact du mamelon, de le contaminer même s'il est normal, de l'infecter plus sûrement encore s'il présente des crevasses ou des fissures, et de devenir ainsi le point de départ d'une suppuration qui, en se propageant, atteindra en définitive les lobules, puis les tissus péri-lobulaires.

Les travaux récents, auxquels il a été fait allusion plus haut, montrent que les mêmes microbes ont été retrouvés et dans le pus des abcès du sein et dans celui qui résultait d'inoculations faites avec des cultures provenant du même pus. Assurément, en ce qui concerne les faits rapportés ici, la présence des mêmes micro-organismes dans le pus des conjonctives et dans celui de l'abcès mammaire serait un argument décisif et irréfutable. Aussi nous proposons nous de faire ultérieurement des recherches dans ce sens, dès que nous aurons sous les yeux des cas analogues. Mais l'observation clinique nous paraît établir dès maintenant de fortes présomptions, à défaut de certitude absolue, en faveur de l'opinion que nous avançons.

En tout état de cause, et c'est là la conclusion pratique à laquelle nous sommes logiquement amené, la connaissance des faits qui précèdent impose l'obligation de prescrire certaines précautions à toute femme qui nourrit un nouveau-né atteint d'ophthalmie. M. Budin recommande expressément, en pareil cas : 1° De couvrir les yeux de l'enfant d'un bandeau destiné à empêcher l'écoulement du pus sur le sein; 2° De faire laver soigneusement, après chaque tétée, le mamelon et l'aréole de la nourrice avec de l'eau alcoolisée, de l'acide borique, ou une autre substance antiseptique, de façon à éviter le séjour possible du pus sur ces organes et à détruire les germes, avant leur prolifération et leur pénétration dans la glande.

CLINIQUE NERVEUSE

De la température dans l'état de mal épileptique;

Par BOURNEVILLE.

En nous appuyant sur des faits nombreux et rigoureusement observés, nous avons fait voir que les *accès isolés* d'épilepsie augmentaient la température centrale de quelques dixièmes de degré à un degré et demi environ ; que les *accès sériels* déterminaient une élévation oscillant dans les mêmes limites. Nous avons ainsi démontré, sur ces deux points, l'erreur commise par M. Witkowski. Il ne nous reste plus, pour terminer notre réponse, qu'à examiner les notions nouvelles, qu'il prétend ajouter à nos connaissances actuelles sur l'*état de mal épileptique*.

« D'ordinaire, écrit M. Witkowski, les hyperthermies sont annoncées par un assez grand nombre d'accès isolés qui ouvrent la marche (1) : et c'est tantôt au cours de ces accidents convulsifs, tantôt lorsqu'ils ont cessé et sont devenus plus rares qu'apparait une fièvre de 40° et davantage. S'il est assez rare d'observer alors une accumulation proprement dite des accès (atteignant par exemple le chiffre de 50 et davantage en 24 heures), il est de règle de constater qu'ils augmentent de nombre quoique dans une proportion modérée . . . .

« En ce qui concerne la durée et l'évolution de l'hyperthermie, il est à remarquer qu'il s'agit en général d'une manifestation assez éphémère. Elle peut ne durer que peu d'heures, voire même encore moins ; c'est en tout cas à peine si elle dépasse jamais 4 à 5 jours au maximum. La règle dans les formes graves et absolument pures est une durée de 2 à 3 jours. On y relève alors deux sommets qui ne coïncident pas toujours du reste avec les heures du soir, dont l'un correspond fréquemment à la phase d'acmé de la série des accès et l'autre à la période maxima du sopor. Au surplus les rémissions sont incomplètes ; elles n'atteignent que rarement deux degrés, mais par exception elles peuvent descendre plus bas. Parfois, on assiste à deux et même trois séries nettement séparées, la courbe de la température alors est d'ordinaire, quoique non toujours, modifiée conformément à cet état de chose....... L'ascension demande généralement quelques heures; il est plus rare qu'elle soit subite, tout à fait brusque ; il est encore moins ordinaire qu'elle se déroule lentement en plusieurs jours. On a généralement attribué à l'affection fébrile la plus connue des épileptiques, à ce qu'on a appelé l'*état de mal épileptique*, une invasion invariablement et pleinement aiguë. Cette allure s'applique en effet à la pluralité des cas, mais non absolument à tous, ainsi que je m'en suis convaincu dans ces derniers temps . . . . .

La défervescence n'est pas non plus tout à fait rapide ; elle a coutume de se répartir en plusieurs heures et jours.... Invariablement la défervescence fébrile se fait sentir entièrement sur le trouble psychique. Dès que la connaissance récupère sa liberté, les températures élevées disparaissent.....

Les lignes précédentes ont mis en lumière que le fond immuable en question, l'élément qui invariablement, sans exception, reparait, je l'ai placé à juste titre dans le *trouble profond et persistant de la connaissance*... (2) »

Ces citations, mieux qu'un résumé, donneront au lecteur une idée exacte des opinions de M. Witkowski, et, en comparant son tableau de l'état de mal épileptique à la description que nous avons tracée, et qui a été reproduite dans divers mémoires (3) et dans plusieurs journaux, il verra que cet auteur n'a rien ajouté d'essentiel aux connaissances dès longtemps acquises. La définition que nous avons donnée et que nous répétons, en fournira une première démonstration.

« *L'état de mal épileptique*, avons-nous dit, est caractérisé : 1° Par la *répétition*, en quelque sorte incessante, des accès, qui souvent deviennent subintrants; 2° par un *collapsus*, variable en degré, pouvant arriver jusqu'au coma le plus absolu, *sans retour de la lucidité;* 3° par une *hémiplégie* plus ou moins *complète et passagère;* 4° par la fréquence du pouls et de la respiration ; 5° et surtout par une *élévation considérable de la température*, élévation qui persiste dans les intervalles, d'ailleurs brefs, des accès, et s'accroît même quand ils ont cessé. »

Nous avons distingué, dans l'état de mal épileptique, *deux périodes*, — comme le fait, un peu après nous,

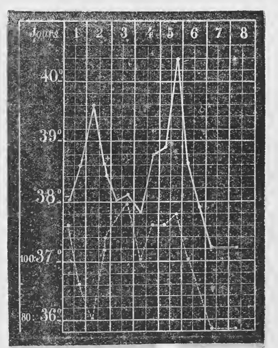


Fig. 6. — Tracé de la température rectale dans un cas d'état de mal type, terminé par la guérison. —, T. prise 2 heures après le début (12 accès), +. rémission ; un seul accès dans les 5 dernières heures.

M. Witkowski : une *période convulsive* et une *période méningitique*. Nous avons exposé soigneusement les caractères de ces deux périodes en nous appuyant sur des observations rigoureuses. Nous avons insisté sur la *marche*, la *durée*, le *traitement* et l'*anatomie pathologique* de l'état de mal. De même que M. Witkowski, mais encore avant lui, nous avons vu que l'état de mal pouvait être constitué uniquement par la *période convulsive;* — que, dans certains cas, la mort survenait durant la *période méningitique*; — enfin que dans d'autres circonstances l'état de mal se terminait par la guérison.

Nous avons rapporté, en 1870, l'observation d'une malade, Chevall..., qui a eu un état de mal épileptique dans son type le plus parfait. La *figure* 6, qui représente la marche de la *température centrale*, nous offre deux ascensions : l'une qui répond à la période convulsive, l'autre à la période méningitique. Quelque temps après, cette malade a été prise d'un nouvel état de mal,

(1) Ceci est vrai pour quelques cas, mais souvent l'état de mal débute brusquement.

(2) Nous devons la traduction de ce travail à notre ami le Dr P. Kéraval.

(3) Le premier en date a été consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1869, p. 159... En 1872, nous avons publié dans le *Mouvement médical*, une série d'articles sur ce sujet (juillet-septembre) qui résumaient tout ce que nous avions écrit précédemment. Notre mémoire, d'ailleurs beaucoup plus complet, est antérieur au travail de M. Crichton Browne paru seulement dans le cours de 1873. (*The West Riding Lunatic Asylum med. Reports*, 1873, p. 166). Voyez aussi, pour l'énumération de nos travaux sur ce sujet, les notes des pages 226 et 232.

limité à la période convulsive et auquel elle a succombé en 30 heures. La *figure* 7, inédite, nous montre une seule ascension de la température centrale, celle de la période convulsive.

Un exemple de l'état de mal, terminé par la mort durant la période méningitique, nous est fourni par un enfant âgé de 12 ans. L'enfant a eu 10 accès consécutifs (1), sans le moindre indice du retour de la connaissance, en une heure. Après le dernier, alors que l'enfant était dans un état comateux, la température rectale était à 41°. Les accès disparaissent, *la connaissance revient assez vite* et, en même temps, au fur et à mesure, la température baisse jusqu'à 38°. Mais bientôt la scène change; un accès survient, des symptômes de congestion méningitique apparaissent, le malade tombe dans un assoupissement de plus en plus profond, la température subit une nouvelle ascension, qui s'élève jusqu'à 42°,4, et cet ensemble de symptômes se termine par la mort. (*Fig.* 8).

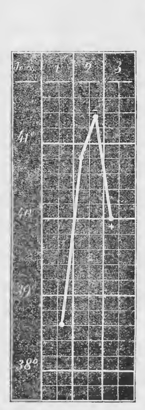


Fig. 7. — Température dans un état de mal limité à la période convulsive. — , T. aussitôt après la mort. + T. 8 heures après la mort.

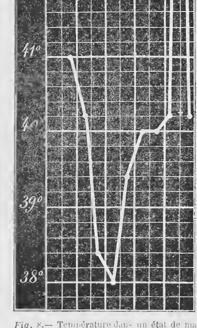


Fig. 8. — Température dans un état de mal terminé par la mort à la période méningitique. — , T. une 1/2 h. avant la mort. + , T 1/4 d'heure après la mort. — T, une heure après. T. deux heures après, 40°,2.

L'observation suivante, relative à un état de mal qui, comme le second état de mal de Chevall..., a eu une issue fatale, permettra de suivre dans ses détails l'évolution de la période convulsive.

Observation. — *Père, quelques excès de boisson. — Oncle paternel, atteint de crises nerveuses. — Mère, sujette à des faiblesses jusqu'à vingt ans. — Arrière grand'mère maternelle, apoplectique. — Inégalité d'âge (6 ans) entre les père et mère. — Emotion vive au huitième mois de la grossesse. — Asphyxie légère à la naissance. — Premières convulsions à six mois (état de mal). — De six mois à onze ans, fréquents retours des crises convulsives. — Rémission de quinze mois à onze-douze ans. — Coups sur la tête à douze ans : retour immédiat des accès. — Marche ascendante de la maladie. — Suspension des accès durant une fièvre typhoïde grave. — Aura. — Secousses limitées à droite. — Etourdissements. — Accès sériels suivis parfois d'excitation avec hallucination de la vue. — Ascarides et oxyures. — Onanisme. — Malformation des organes génitaux; arrêt de développement des testicules. — Adhérences du prépuce. — Varicocèle. — Etat de mal épileptique : température. — Mort.*

Autopsie : Congestion du poumon droit, splénisation de la base. — Noyaux de broncho-pneumonie à la base du poumon gauche. — Plaques ecchymotiques de la pie-mère.

(1) Le nombre des accès qui constituent l'état de mal est très variable; il peut être inférieur à 10, mais il peut atteindre des chiffres élevés, 50, 100, 190 et davantage.

Lelon... (Louis), né à Paris le 30 décembre 1869, est entré dans notre service, à l'hospice de Bicêtre, le 7 décembre 1885.

Renseignements fournis par sa mère (23 déc.) — *Père :* grand, fort, bien portant, ne fumant pas, n'ayant ni accidents nerveux, ni maladies de la peau, marchand de vin, ne faisant, assure-t-on, aucun excès de boisson, marié à 28 ans, mort en 1875, âgé de 37 ans, d'une fluxion de poitrine. [*Père*, maçon, mort on ne sait de quoi. — *Mère*, tricoteuse, décédée à 70 ans, à la suite de vomissements. Tous les deux étaient sobres et n'auraient eu aucune affection nerveuse. On déclare qu'il en a été de même chez les *grands parents*, sur lesquels on manque de détails. Deux *frères* : l'un est mort sans enfants de la *rupture d'un anévrysme ;* l'autre, après son mariage, a été pris, à la suite d'une peur, de *crises nerveuses*, se produisant toujours durant le sommeil (soit de jour, soit de nuit) et qui persistent encore ; ses trois enfants ont une bonne santé. — Une *sœur*, qui a trois enfants, n'a, ainsi qu'eux, jamais eu aucun trouble nerveux. Pas d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, de difformes, de suicidés, de criminels, de débauchés, etc.]

Mère, 41 ans, — c'est-à-dire âgée de six ans de moins que son mari, — couturière, d'une physionomie plutôt agréable, intelligente, a été réglée à 17 ans et a eu, jusqu'à 20 ans, des « faiblesses » qui venaient tous les mois. Elle n'a eu aucune autre maladie nerveuse, ni manifestations rhumatismales ou cutanées. [*Père*, chauffeur, sobre, mort de fatigue (?). — *Mère* en bonne santé. — *Grands parents paternels*, pas de renseignements. — *Grand-père maternel*, mort en deux ou trois jours, vers 80 ans. — *Grand'mère maternelle*, décédée à 70 ans d'une *attaque de paralysie*. — Deux *frères* et deux *sœurs*, ainsi que leurs enfants, n'ont eu rien de particulier. Pas d'aliénés, etc.]

Pas de consanguinité. (Père, de la Manche; mère, du Loiret.)

1° Une fausse-couche; — 2° notre malade; — 3° une fausse-couche (cette dernière grossesse provient d'un second mari.)

Notre malade. — A la *conception* bien portants tous deux ; pas d'interposition probable. — *Grossesse*, bonne jusqu'au 8e-9e mois, époque où elle a éprouvé, à l'occasion d'une dispute, une *émotion* vive avec *perte* de connaissance pendant quatre à cinq minutes; elle s'est promptement remise. — *Accouchement* à terme, naturel, bien qu'il s'agit d'une *présentation des pieds*. — A la *naissance*, légère *asphyxie* : la sage-femme a dû fouetter l'enfant, qui bientôt s'est mis à crier. — *Elevé* au sein par sa mère ; sevré à 14 mois. — *Première dent* à 12 mois; les autres ont poussé lentement, la dernière à 2 ans. Lel... a marché à 11 mois 1/2, a été propre vers 1 an et a commencé à parler seulement à 2 ans : « Bien qu'il fût en retard pour les dents et la parole, dit sa mère, il était intelligent. »

Premières convulsions à 6 mois, pendant une demi-journée. Les secousses, croit-on, étaient les mêmes des deux côtés du corps ; on n'a pas remarqué de paralysie consécutive. — Deux mois plus tard, *nouvelles convulsions*, qui se sont dissipées au bout de quelques minutes. — Après plusieurs mois de répit, *troisièmes convulsions*, également de courte durée. — De 1 an à 12 ans, Lel... a eu des convulsions une ou deux fois par mois, se présentant tantôt sous forme de *grandes convulsions*, tantôt sous forme de *convulsions internes*, qui ont débuté au commencement de la seconde année.

A 12 ans, est survenue une *rémission* qui s'est prolongée pendant *quinze mois*. La mère de Lel... l'attribue à ce qu'il prenait beaucoup de *bromure de potassium*. Vers 13 ans 1/2, un marchand de bric-à-brac lui ayant donné plusieurs *coups sur la tête*, Lel... fut pris sur le champ d'un *accès convulsif*. Depuis lors, les accès n'ont plus discontinué et sont devenus plus forts. Les plus longs intervalles, jusqu'à 14 ans, ont été d'un ou deux mois. De 14 ans jusqu'à l'entrée à Bicêtre, les accès se sont encore rapprochés et viennent au moins toutes les semaines. Ils sont *nocturnes* et *surtout diurnes;* leur maximum en 24 heures a été de 10.

Lel... aurait parfois une *aura*: il se plaint de souffrir du ventre, principalement autour du nombril: « j'ai mal au ventre, dit-il. » Le regard est brillant; le blanc des yeux et la peau du visage deviennent « jaunes »; la parole est suspendue; puis l'accès éclate; — d'autres fois, les accidents s'arrêtent là; la face devient rouge et Lel... revient à lui disant: « c'est redescendu. »

Les accès auraient les caractères suivants: cri sourd, rauque depuis 4 ou 5 mois seulement; — rigidité générale, égale; — secousses seulement dans le *côté droit*; pas d'agitation, ni de ronflement, ni d'écume; bave rare; parfois miction involontaire. Lel... s'endort durant quelques minutes après les crises qui n'ont jamais été précédées ou suivies de folie ou d'actes automatiques. — Outre les *accès*, il a, depuis quatre mois, des *étourdissements*. — Le traitement a consisté uniquement en bromure de potassium.

Lel... a été envoyé à l'asile à 3 ans, puis à l'école; on l'a gardé jusqu'à 13 ans et demi parce qu'il apprenait bien; à cette époque, les accès étant devenus plus fréquents, ses parents ont dû le garder. Il était obéissant, affectueux, très peureux, d'un caractère doux qui ne se serait pas modifié. « Il est un peu nargueur, dit sa mère, mais toujours il reçoit des coups et jamais il ne les rend. » Elle n'aurait pas constaté directement l'*onanisme*, mais son mari, beau-père de l'enfant, a fait avouer à celui-ci qu'il se touchait.

A partir d'un an, Lel... qui mangeait un peu de tout, quoiqu'il ne fut pas sevré, a eu souvent, jusqu'à 14 ans, des *ascarides lombricoïdes* et des *oxyures*; il rendait quelquefois 8 ou 10 ascarides dans la même journée. C'est à leur présence qu'on attribue les douleurs abdominales dont il se plaignait. — Croûtes du cuir chevelu à 5 ou 6 mois; pas d'autres manifestations lymphatiques; pas d'autres traumatismes que les coups signalés plus haut. — Rougeole à 16-17 mois; — fluxion de poitrine à 4 ans; — *fièvre typhoïde* avec *troubles cérébraux* à 14 ans, durant laquelle les accès ont été suspendus. — D'habitude, le sommeil était bon, sans cauchemars.

Etat actuel. — *Poids:* 41 kilogr. 700; — *taille:* 1 m. 56. — L'enfant, comme le montre ces chiffres, est bien développé pour son âge. — La *tête* est assez régulièrement ovoïde.

Diamètre antéro-postérieur maximum	17 c. 5.
Diamètre transverse maximum	15 c. 5.
Diamètre bi-auriculaire	14 c.
Circonférence horizontale	54 c.
Demi-circonférence verticale d'un trou auditif à l'autre	32 c. 5.

Le front est assez haut (5 cent.) et fuyant, un peu plus à gauche qu'à droite, peu large à la base; il n'y a pas d'autre asymétrie de la face qui est ovale. Les sourcils sont longs, bien fournis. Le nez est aquilin, les narines sont larges. La bouche est grande. Les lèvres sont assez épaisses.

Le cou, de longueur moyenne, mesure 30 cent. 5 de circonférence. — Le *thorax*, l'abdomen, les membres supérieurs et inférieurs sont bien conformés. — Les *réflexes tendineux*, normaux aux membres supérieurs, paraissent un peu exagérés aux membres inférieurs.

La *sensibilité générale* et les *sens spéciaux* n'offrent rien à noter. Les pupilles sont dilatées, égales.

Dentition: à la mâchoire supérieure, 13 dents, dont trois cariées; la deuxième molaire gauche n'est pas sortie; il en est de même à la mâchoire inférieure. Les dents sont assez bien rangées. Les gencives sont en assez bon état. La joue droite présente une petite cicatrice. L'articulation des mâchoires est normale. La *digestion*, la *respiration*, etc., paraissent régulières. Pouls à 60.

Organes génitaux. — Quelques poils longs, noirs, formant une couronne à la racine de la verge. Bourses pendantes, de niveau. Testicules égaux, de la dimension d'une petite olive. *Varicocèle* très prononcé des deux côtés et plus à gauche. La verge est beaucoup plus développée que les testicules; sa longueur et sa circonférence, à la base du gland, sont de 8 centimètres. Prépuce long; quelques adhérences à la base du gland facilement rompues. Gland découvrable. Méat normal.

Peau assez blanche; deux *cicatrices* de vaccin peu apparentes sur chaque bras; — cheveux bruns; — visage, aisselles, anus, glabres. — Au *dynamomètre* (Collin), 28 à droite, 27 à gauche.

Les *facultés intellectuelles* semblent assez développées. L'enfant lit et écrit bien, fait de petits problèmes sur les quatre opérations. La *mémoire* est faible. La *parole* est libre et il n'y a pas de tremblement de la langue ni des lèvres. La *tenue* est bonne, le *caractère* doux.

26 *décembre*. Eau-de-vie allemande. Selles nombreuses: pas de vers.

1886. *Janvier. Poids*, 41 kilogr. 800; *taille*, 1 m. 56. — *Traitement*: Ecole, gymnastique, bains; atelier de menuiserie.

20 *mars*. *Revacciné* sans succès.

27 *mars*. Série d'accès pour laquelle il entre à l'infirmerie. Exéat le lendemain.

31 *mars*. Nouvelle série d'accès pour laquelle il rentre à l'infirmerie. Cette série a déterminé un peu d'*excitation*, avec *hallucinations de la vue:* il voit des rats et fait des gestes comme pour les chasser. Stupeur assez prononcée. — Exéat le 6 avril.

10 *avril*. *Hydrothérapie*. (Les douches ont été continuées jusqu'au 31 octobre).

Juillet. Poids, 44 kilogr.; *taille*, 1 m. 57. La *mémoire* diminue tous les jours. Les connaissances de Lel... deviennent confuses; son caractère s'assombrit. En résumé, tendance à la déchéance.

15 *nov*. Lel... a eu dans la nuit 24 accès et deux autres en arrivant à l'infirmerie. T. R. ce matin à 8 heures et à midi 38°. — Soir: 38°,6. (*Fig.* 9).

16 *nov*. La journée d'hier a été assez bonne. Dans la nuit, on a relevé 9 accès. A la visite, on trouve l'enfant dans la situation suivante: décubitus dorsal, membres dans la résolution, retombant lourdement quand on les soulève. Face un peu pâle, paupières mi-closes, yeux excavés et un peu convulsés en haut, nystagmus, pupilles égales, contractiles, moyennement dilatées, narines pulvérulentes. Bouche un peu entre ouverte, lèvres sèches, langue assez bonne, mâchonnement. Pas de roideur de la nuque. Sensibilité générale conservée: Lel... retire ses bras et ses jambes lorsqu'on les pince. *Réflexe rotulien* exagéré, au même degré, des deux côtés. Respiration à 40; râles disséminés à l'auscultation; pouls petit, dépressible, à 130; battements du cœur un peu vibrants. Abdomen normal. Peau modérément chaude, sans sécheresse. Extrémités froides et cyanosées, surtout les supérieures. Perte de connaissance complète. A 8 heures du matin, T. R. 38°,6. A midi: 38°,8; — à 2 et 4 heures: 38°; — à 6 heures: 39°; — à 8 heures: 39°,2; — à 10 heures et à minuit: 40°. — A la visite du soir: coma, dyspnée, nombreux râles ronflants et sibilants; nausées sans vomissements. P. à 120; miction involontaire. La peau, principalement à la face, est couverte d'une sueur froide et visqueuse.

17 *nov*. A 3 heures du matin: T. R. 39°; — à 6 heures: 38°,8; — à 9 heures: 39°. Décubitus dorsal, tête tournée à droite ainsi que les yeux; coma; respiration haute, fréquente, bruyante; persistance du réflexe cornéen, nystagmus intermittent; pupilles moyennement dilatées, la gauche un peu plus que la droite. Légère raideur de la nuque et du coude droit. Parfois, secousses du poignet gauche. Peau moite, mains cyanosées.

Traitement: Sangsues derrière les oreilles, inhalations d'ammoniaque; 2 quarts de lavement avec 0 gr. 50 de sulfate de quinine; lotions vinaigrées, sinapismes; 40 ventouses sèches sur la poitrine dans l'après-midi, et le soir vésicatoire à la nuque.

A midi: T. R. 39°,2; — à 3 et à 6 heures: 39°,8; — à 9 heures: 40°; — à minuit: 40°,4. *Fig.* 9).

18 *nov*. Malgré le traitement, le coma n'a pas cessé; on a

observé quelques secousses dans les membres, en particulier dans le poignet gauche ; de la rigidité du côté gauche et, à 4 heures du matin, après avoir eu de fortes secousses de tout le corps, Lel... a succombé. — A 3 heures du matin : T. R. 40°,4 ; — un quart d'heure après la mort : 41°,2 ; — une heure après : 39°,8 ; — deux heures après : 38°,4. — *Poids* après décès : 37 kilogr. 500.

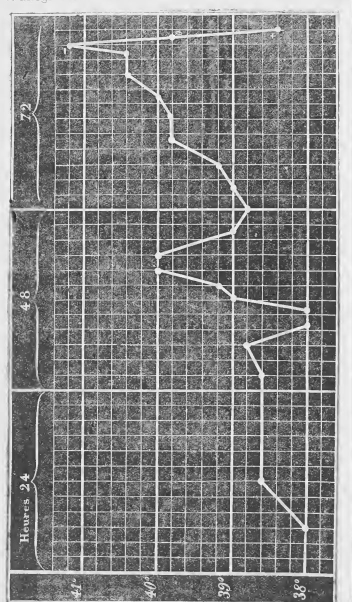


Fig. [illegible] la mort. 0. T. une heure ap. +, T. 2 heures ap.

AUTOPSIE faite le 19 novembre. — La *rigidité cadavérique*, nulle au cou et au bras gauche, légère à la jambe gauche et au bras droit, est très marquée à la jambe droite. — Sugillations violettes au niveau des flancs et de la racine des cuisses. — Plastron sternal normal ; appendice xyphoïde bifurqué.

Cou et thorax. — Le *thymus* a disparu. — La *glande thyroïde* (14 gr.) est saine ainsi que le *larynx*. — Le *poumon droit* (450 gr.) est très congestionné; le lobe inférieur est splénisé. Les lésions de broncho-pneumonie sont surtout marquées à la base. — Le *poumon gauche* (375 gr.) présente des noyaux de broncho-pneumonie mieux dessinés. — Aux sommets des deux poumons, il y a quelques adhérences celluleuses. Pas de tubercules, pas d'ecchymoses. — Le *péricarde* contient peu de sérosité. — La surface du *cœur* (215 gr.) offre une surcharge graisseuse assez prononcée. Le *myocarde* est sain et on ne trouve pas de lésions valvulaires, ni de taches ecchymotiques.

Abdomen.— La muqueuse de l'*estomac* est parsemée de petits points ecchymotiques. Légère congestion de la muqueuse de la partie moyenne de l'*intestin.* — Le *foie* (1.055 gr.) présente quelques taches graisseuses. La *vésicule biliaire*, distendue, et les canaux biliaires ne sont le siège d'aucune altération. — Rien à noter sur la *rate* (110 gr.), ni sur le *rein gauche* ; le *rein droit* (100 gr.) porte un kyste de la grosseur d'une petite noisette. — *Prostate, vésicules séminales*, etc., rien.

Tête. Cuir chevelu sans ecchymoses.— *Os* minces ; sutures en partie ossifiées. Pas d'asymétrie de la base du crâne. — *Dure-mère* modérément congestionnée. La *pie-mère*, d'une façon générale, est modérément vascularisée. On trouve seulement deux plaques ecchymotiques sur la face convexe du lobe frontal et une autre sur sa face inférieure, entourée d'une zone vasculaire. Notons encore de petites plaques ecchymotiques sur la face inférieure du lobe frontal droit, sur le lobe temporal gauche, sur le lobe occipital droit et le cervelet. — Les *artères* et les *nerfs* de la base ainsi que les tubercules mamillaires, les pédoncules, etc., sont symétriques. — L'*encéphale* pèse 1.345 ; l'*hémisphère* cérébral droit 580 gr.; le gauche 585 ; — le cervelet et l'*isthme* 170. (La différence de 10 gr. est due au sang et au liquide céphalo-rachidien).

Hémisphère droit. a) Face convexe. — La *scissure de Sylvius* est normale, profonde, toutefois son rameau postérieur, horizontal, s'arrête brusquement sans se bifurquer et sans pénétrer aussi loin que d'habitude dans le pli pariétal inférieur ; son rameau antérieur, horizontal, profond, sinueux, se prolonge à travers les trois circonvolutions frontales et se termine à deux millimètres environ de la fente inter-hémisphérique, formant ainsi une sorte de scissure parallèle frontale antérieure. — Le *sillon de Rolando* est sinueux, très profond. — La *scissure perpendiculaire externe* est également très profonde et s'arrête au niveau de la scissure inter-pariétale où elle se jette.

Lobe frontal. — La *première circonvolution frontale* est bien développée, plissée, comme dédoublée à sa partie antérieure; elle s'insère à la circonvolution frontale ascendante par un pli de passage à niveau et envoie deux autres plis de passage à la deuxième circonvolution frontale. — La *scissure frontale supérieure*, sinueuse, profonde, est interrompue par les deux derniers plis de passage dont nous venons de parler.

La *deuxième circonvolution frontale*, sinueuse, est confondue dans ses parties antérieure et moyenne avec la troisième circonvolution frontale. — La *scissure frontale inférieure* n'existe que dans sa partie la plus postérieure où elle forme une encoche profonde d'environ 1 centimètre 1/2. — La *troisième circonvolution frontale* est relativement peu développée ; son pied surtout est grêle; son cap, d'un développement moyen, est, en avant, complètement isolé de la partie antérieure par le rameau horizontal antérieur de la scissure de Sylvius, dont nous avons parlé plus haut. Il existe une *scissure frontale parallèle*, interrompue seulement vers sa partie moyenne par un pli de passage un peu en retrait, allant de la deuxième circonvolution frontale à la circonvolution frontale ascendante; elle est très profonde, sinueuse et irrégulière. — La *circonvolution frontale ascendante* est assez volumineuse, très sinueuse. — La *circonvolution pariétale ascendante* est très grêle.— Le *lobule orbitaire* est bien conformé, normal dans toutes ses parties, scissures et circonvolutions ; il paraît plus large dans son ensemble que celui du côté gauche.

Lobe pariétal. — La *scissure interpariétale*, très creuse et sinueuse, forme, en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, une sorte de *scissure pariétale parallèle ;* au-delà de son coude, elle fournit : 1° en haut, un sillon profond, divisant le pli pariétal supérieur en deux parties; 2° en bas, un sillon qui se bifurque près de son origine en deux branches, dont l'une, l'antérieure, est peu profonde et semble continuer la direction de la scissure de Sylvius; la scissure interpariétale poursuit ensuite son trajet jusque dans le lit du premier sillon occipital. Le *pli pariétal supérieur* et le *pli pariétal inférieur* sont bien développés, nettement séparés des parties environnantes auxquelles ils sont reliés par des plis de passage à niveau, allant du pli pariétal supérieur et du pli pariétal inférieur à la circonvolution pariétale ascendante, et du pli pariétal inférieur à la première circonvolution temporale ; tous les autres plis de passage sont situés très profondément au niveau des sillons. Le *pli courbe* est difficile à bien délimiter, car la scissure parallèle se confond en haut avec la scissure interpariétale, divi-

sant ainsi le pli courbe en une partie antérieure et en une partie postérieure, plus développée. Les *circonvolutions occipitales* sont assez régulières, ainsi que leurs scissures.

Lobe temporal. — La *première circonvolution temporale*, peu sinueuse, présente un développement normal. La *scissure parallèle*, très profonde, se continue, interrompue seulement par des plis de passage très profonds, jusque dans la scissure interpariétale. — La *deuxième circonvolution temporale*, bien développée, sinueuse, envoie des plis de passage à niveau à la troisième temporale et au lobe occipital. Le *deuxième scissure temporale*, très profonde, est interrompue par un de ces plis de passage. — Les *circonvolutions temporo-occipitales* présentent un développement moyen, sont très sinueuses, un peu irrégulières. La *première* offre à sa partie moyenne une surface en retrait et chagrinée ; elle paraît un peu moins développée qu'à gauche. Les scissures temporo-occipitales sont profondes et sinueuses.

b) Face interne. — La *scissure calloso-marginale*, sinueuse, assez régulière, est interrompue dans son quart inférieur par un pli de passage à niveau, allant de la première circonvolution frontale à la circonvolution du corps calleux. — La *première circonvolution frontale* est bien développée. — Le *lobule paracentral* a un peu la forme d'une virgule, dont la pointe est dirigée en avant, vers la scissure calloso-marginale ; il est un peu moins développé qu'à gauche. — La *circonvolution du corps calleux* ne présente rien de particulier. — Le *lobule quadrilatère* est un peu plus large qu'à gauche. La *scissure sous-pariétale* a la forme d'un lambda λ ; il existe deux plis de passage pariéto-limbiques, antérieur et postérieur. — La *scissure perpendiculaire interne* est très profonde. Le *coin* est plus développé qu'à gauche. La *scissure calcarine* est régulière, profonde.

Hémisphère gauche. — *a) Face convexe.* — La *scissure de Sylvius* est normale, profonde. Il en est de même du *sillon de Rolando* et de la *scissure perpendiculaire externe*.

Lobe frontal. — Il existe une *scissure frontale parallèle* complète, partant du pied de la troisième circonvolution frontale, qu'elle divise en deux parties, pour se terminer dans la *scissure frontale supérieure*, qui est sinueuse et profonde. A son quart postérieur, cette dernière communique, par un sillon profond, avec la *scissure frontale inférieure*, très profonde, irrégulière ; celle-ci est interrompue par deux plis de passage à niveau, allant de la deuxième à la troisième circonvolution frontale. — La *première circonvolution frontale*, plissée bien développée, s'insère par deux plis de passage grêles, à la circonvolution frontale ascendante. — La *deuxième circonvolution frontale*, très développée, présente une partie postérieure isolée par les scissures de la région et le sillon faisant communiquer les deux scissures frontales supérieure et inférieure ; un pli de passage grêle à niveau interrompt, vers sa partie moyenne, la continuité de la scissure frontale supérieure ; deux autres plis de passage à niveau, larges, situés à la partie antérieure de la deuxième et troisième circonvolutions frontales, réunissent ces circonvolutions, qui se trouvent ainsi confondues. — La *troisième circonvolution frontate* est médiocrement développée. — La *circonvolution frontale ascendante* est sinueuse et peu volumineuse.

Lobule orbitaire. — Ses scissures et ses circonvolutions sont normales et bien conformées.

Lobe pariétal. — La *scissure inter-pariétale* part du fond de la scissure de Sylvius, est interrompue à son quart inférieur par un pli de passage à niveau allant de la pariétale ascendante au pli pariétal inférieur, forme ensuite une *scissure pariétale parallèle*, qui se termine à un centimètre de la fente interhémisphérique, à peu de distance du début de sa courbe ; cette scissure est de nouveau coupée par un pli de passage à niveau allant du pli pariétal supérieur au pli courbe ; plus loin, elle se confond avec la scissure perpendiculaire externe, le sillon transverse occipital et le premier sillon occipital. — Le *pli pariétal supérieur* est bien développé ; un pli de passage profond le fait communiquer aussi avec la première circonvolution occipitale. — Le *pli pariétal inférieur* est moins bien développé ; le pli *courbe* est normal.

Le *lobe occipital* présente des circonvolutions très sinueuses, découpées par de nombreux sillons irréguliers.

Lobe temporal. — La *première circonvolution temporale*, assez développée, est sinueuse ; vers sa partie moyenne, sa continuité est interrompue par un sillon profond, bordant postérieurement un pli de passage à niveau qui traverse profondément la scissure de Sylvius pour aller se jeter dans le pli pariétal inférieur. La *scissure parallèle* est coupée par un pli de passage à niveau, large, allant de la première à la deuxième circonvolution temporale. Le *deuxième sillon temporal* est oblique et presque transverse ; il se jette en avant dans la scissure parallèle, en arrière dans la première scissure temporo-occipitale. — La *deuxième circonvolution temporale*, bien développée, est irrégulière, dédoublée en deux plis secondaires à sa partie antérieure, simple en arrière et séparés nettement du lobe occipital. — Les *circonvolutions temporo-occipitales* et leurs scissures ne présentent rien de particulier.

b) Face interne. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse, irrégulière. — La *première circonvolution frontale* est dédoublée. — Le *lobule pariétal* est moyennement développé. — Le *lobule quadrilatère*, assez gros, plissé, ne possède que le pli de passage pariéto-limbique postérieur. — La *scissure perpendiculaire interne* est très profonde. — Le *coin* et la *scissure calcarine* sont normaux.

Le *corps calleux*, le *corps strié* et la *couche optique*, le *ventricule latéral*, la *corne d'Ammon* (des deux côtés), le *bulbe*, la *protubérance*, ainsi que le *cervelet* ne présentent rien de particulier. Le *lobule de l'insula* possède, de chaque côté, quatre digitations.

La température centrale a été prise à des intervalles rapprochés dans ce cas d'état de mal, dont la marche a un peu différé des cas ordinaires, ce qu'il est peut-être possible d'attribuer, dans une certaine mesure, au traitement employé. Quoi qu'il en soit, le tracé considéré dans

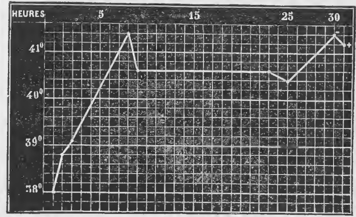


Fig. 10. — Température dans un état de mal épileptique limité à la période convulsive et terminé par la mort. — –, T. au moment de la mort. +, T. une heure après la mort.

son ensemble nous présente une élévation rapide de la température (*Fig.* 9). Nous rapprocherons de ce tracé celui que représente la *fig.* 10 ; il montre la marche de la température dans un état de mal qui s'est terminé en trente heures. La malade, nommée Lamb ..., a eu 190 accès dans les 23 premières heures et n'en a plus eu dans les sept dernières heures qui ont précédé la mort. L'abaissement relatif de la température (40°) a suivi une application de sangsues (1). Nous n'insisterons pas davantage. Les tracés que nous avons reproduits permettent d'avoir une idée exacte de la marche de la température dans les principales formes de l'*état de mal épileptique* (2).

(1) Voir : Bourneville. — *Rech. clin. et thérap. sur l'épilepsie et l'hystérie*, 1876, p. 1-14.

(2) Nous n'avons voulu répondre, dans le *Progrès médical*, que d'une manière sommaire à M. le Dr Witkowski ; mais nous lui répondrons plus longuement, en citant un certain nombre de faits, dans les *Archives de neurologie*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Création d'un hôpital maritime, pour le traitement des enfants scrofuleux, à Pen-Bron, en face du Croisic (Loire-Inférieure).

On a célébré la semaine dernière, à Paris, le premier anniversaire de la création du dispensaire fondé, grâce à la générosité de Mme Furtado-Heine, rue Delbet, à Paris, et qui a coûté cinq millions de francs.—Mme Furtado-Heine ne veut pas s'en tenir à la création de ce dispensaire, et vient de prendre en main l'installation d'un hôpital maritime dans la Loire-Inférieure, au lieu dit Pen-Bron, langue de terre située en face du Croisic. Ce nouvel hôpital pour les enfants scrofuleux réalisera, quand il sera construit, un des modèles du genre; mais provisoirement on s'est contenté d'utiliser de vastes bâtiments aujourd'hui abandonnés. Ces locaux faisaient partie jadis d'une usine à conserves pour la sardine, actuellement abandonnée par suite de la disparition de la sardine des côtes de Bretagne et de la Vendée. D'ici à quelques jours, 60 lits seront montés dans cet hôpital provisoire qu'on remplacera plus tard par un établissement plus considérable; il sera dès lors susceptible de recevoir une centaine d'enfants. — Le service intérieur sera confié à des sœurs. Un interne des hôpitaux de Nantes (dont la nomination a lieu au concours) y sera attaché en permanence. M. le Dr Kerguistel (de Guérande), ancien interne des hôpitaux de Paris, sera chargé du service médical. Les médecins spécialistes de Nantes seront appelés chaque fois que M. le Dr Kerguistel le jugera nécessaire.

L'utilité des établissements de ce genre n'est plus à démontrer. On sait quels résultats donne l'hospitalisation des enfants scrofuleux à Berk-sur-Mer, sous l'habile direction médicale de M. Cazin; on s'en souvient (nous l'avons déjà annoncé), que la ville de Lyon s'est décidée tout récemment à faire construire un hôpital maritime dans le même but. On se rappelle, enfin, qu'il y a quelques jours à peine, à la Société de Chirurgie, M. le Pr Verneuil a insisté sur les bienfaits du séjour au bord de la mer pour un certain nombre d'opérés (résection du genou et autres, opérés pour tuberculoses locales, pour affections de nature scrofuleuse). M. Trélat et la plupart des membres de cette Société ont appuyé la proposition de M Verneuil ainsi conçue : « Il serait à souhaiter que l'Administration de l'Assistance publique créât un hôpital au bord de la mer pour que les chirurgiens des hôpitaux puissent y envoyer certains de leurs opérés, etc... »

Nous profitons de l'occasion pour rappeler encore que tout dernièrement l'Administration de l'Assistance publique de Paris a nommé une Commission à l'effet de choisir un emplacement pour la création d'un nouvel hôpital maritime, analogue à celui de Berk. La Commission n'a visité que les côtes de Bretagne, dit-on ; on n'ignore pourtant pas qu'il existe ailleurs qu'en Bretagne des endroits propices pour de pareilles fondations, et sur les côtes de Vendée, entr'autres, il ne serait pas difficile de trouver une plage présentant les mêmes avantages que celles de Berk-sur-Mer. Comme à Berk, on y trouvera d'immenses et belles plages de sable, offrant toute la sécurité désirable, bordées par une chaîne ininterrompue de dunes, et, comme au Croisic, des rochers plus ou moins élevés, des falaises découpées, couvertes d'algues, très pittoresques, au pied desquelles les jeunes enfants peuvent prendre leurs ébats sans danger; la mer, en effet, s'avance tout au plus, lorsque la marée est haute, à une dizaine de mètres du pied de la falaise. Pour ne citer qu'un exemple, la plage de Saint-Gilles-Croix-de-Vie, encore peu fréquentée, mais dès aujourd'hui bien appréciée par les baigneurs de condition moyenne, rapidement desservie par un chemin de fer, en relation directe avec les grands centres voisins et Paris par le réseau de l'État, mérite une recommandation toute particulière. Les médecins du pays ont tous remarqué l'influence bienfaisante du climat essentiellement marin de cette localité, bien mieux exposée que les autres stations balnéaires du nord de la Manche, par exemple.

Il convient que l'Administration de l'Assistance publique se souvienne que la Bretagne, la Picardie, ne sont pas les seules provinces maritimes de France, et qu'il ne faut pas plus de temps pour aller en Vendée qu'aux environs de Saint-Malo, et que l'Océan vaut bien la Manche, au point de vue spécial où nous nous plaçons (1). M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 août 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. CHAUVEAU et KAUFMANN continuent leurs *recherches sur les relations qui existent entre le travail chimique et le travail mécanique du tissu musculaire.* Ils ont pu mesurer, avec une approximation suffisante, sur le releveur de la lèvre du cheval, le travail mécanique accompli normalement par le tissu musculaire en état de fonctionnement physiologique régulier, aussi bien que l'équivalence calorique de ce travail. Suivant les conditions des sujets et de l'exercice des fonctions auxquelles participe le muscle, la valeur du travail est sujette à varier considérablement. Mais, à égalité de conditions, cette valeur est la même chez les divers sujets. Dans les cas ordinaires, où la préhension des aliments et la mastication s'exécutent suivant la régularité et l'activité habituelles, la valeur du travail peut être évaluée, par gramme de muscle et par minute de travail, à environ 13-15 grammètres, équivalant à 31-35 millionièmes de calorie. Mesurée directement au moyen de la méthode auto-calorimétrique, la quantité de chaleur absorbée serait de 34-41 millionièmes de calorie, chiffres un peu supérieurs aux précédents, mais néanmoins assez concordants avec eux pour que les différences puissent être attribuées aux erreurs inhérentes à des déterminations expérimentales d'une si grande délicatesse.

MM. GRÉHANT et MISLAWSKY ont cherché à vérifier l'opinion de Stolnikow, d'après laquelle l'*électrisation de la peau dans la région du foie chez l'homme et l'excitation directe du foie chez le chien augmenteraient considérablement l'excrétion de l'urée.* Les deux expérimentateurs ont constaté que l'excitation du foie par l'électricité ne

(1) Nous avons déjà parlé souvent de cette question (Voyez, entre autres, 1873, p. 168; — 1875, p. 341 ; — 1881, p. 709 ; — 18[illegible], p. 354, etc.) et insisté sur les avantages qu'il y avait à choisir les plages à la fois les plus favorables au point de vue du climat et les plus rapprochées de Paris. Nous y reviendrons. B.

paraît avoir aucune influence sur la production de l'urée dans cet organe et que les variations indiquées par M. Stolnikow tiennent à une autre cause qu'il s'agit de rechercher.

MM. Spillmann et Haushalter étudient la *dissémination du bacille de la tuberculose par les mouches*. Quand on pénètre, en été, dans une salle d'hôpital, on est frappé de la persistance avec laquelle les mouches communes affluent autour des lits des tuberculeux. La cavité abdominale des mouches qui ont absorbé des crachats de ces malades contient des bacilles de la tuberculose, lesquels sont mis en liberté après la mort des insectes. Ces germes sont ainsi transportés sur les plafonds, sur les tentures et dans les substances alimentaires. Pour éviter ces inconvénients, il faudrait recueillir les crachats dans des vases munis d'un couvercle et contenant un liquide stérilisé.

M. Fokker (de Groningue) décrit sous le nom d'*hématocytes* des êtres vivants qui se produisent dans le sang recueilli à l'abri des microbes et additionné de sels nutritifs. Ces corps, qui ont la forme de boutons et qui se développent entre 37° et 52°, ont pour caractère principal de se colorer par l'iode : ils sont bien différents des globules nains décrits par Hayem, Vanlair et Masius et des microzymas de Béchamp. Ces hématocytes n'ont pas encore pu se multiplier dans des milieux de culture. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 août 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. le président annonce à l'Académie la mort de M. *Giraud-Teulon.*

M. G. Sée fait une communication sur *le traitement des maux de tête (céphalées, migraines et névralgies faciales) par l'antipyrine.* L'histoire des céphalées est, pour ainsi dire, personnelle. Il suffit d'y songer pour les distinguer de la migraine, qui est toujours hémicranique, accompagnée de troubles visuels, de nausées, de vomissements; pour les discerner des névralgies faciales, qui sont localisées dans un nerf déterminé ; pour les disjoindre des douleurs de tête des enfants anémiques ou chlorotiques, qu'on reconnaît par la décoloration des tissus, par le souffle dans les vaisseaux du cou et dans le cœur, et surtout par la diminution de l'hémoglobine. Après avoir observé un certain nombre de céphalées de croissance, M. Sée fut frappé de leur coïncidence fréquente avec l'hypertrophie cardiaque, de même origine. Dans ces céphalées d'origine cardiaque, on arrive à des résultats remarquables au moyen de la médication iodurée, aidée par la convallamarine ou la spartéine. Ainsi, nous avons des céphalées de surmenage scolaire, plus souvent des céphalées de croissance, des céphalées cardiaques. et, chez les jeunes enfants, des débilitations du cœur et du corps. M. Sée rapporte douze faits, qui comprennent des adolescents de 13 à 19 ans, traités fructueusement par l'antipyrine administré à la dose de 3 grammes par jour. L'excès de travail est rarement la cause unique des céphalées, la véritable cause est le développement physique inégal des diverses parties du corps et surtout des organes internes; les céphalées de croissance se voient souvent après une élongation rapide du corps, et, dans ces cas, il existe généralement une hypertrophie cardiaque pour ainsi dire préalable. Ainsi, s'il y a des céphalées de fatigue cérébrale, les plus certaines sont les céphalées directes de croissance, ou des céphalées cardiaques. M. Sée ajoute les céphalées oculaires, si parfaitement étudiées par MM. Perrin, Javal et Parinaud. L'antipyrine, qui est, d'après l'expérimentation, le plus puissant modérateur de l'excitabilité du système cérébro-spinal et du cœur, qui, par cela même, constitue le véritable remède antidouloureux, ramène l'activité du système nerveux central à la moyenne normale, dès que l'encéphale est dégagé des sensations morbides; sous ce rapport, il se produit une véritable inhibition; l'antipyrine est le premier médicament inhibitoire en date et en fait. — Chez les migraineux, quelle qu'en soit la cause, M. G. Sée prescrit l'antipyrine dès le début de l'accès : un gramme au réveil et un gramme une heure après. Chez tous ses malades, après la deuxième dose, au plus tard, l'accès se trouvait absolument enrayé. Il en est de même de l'influence de l'antipyrine sur les névralgies faciales et les tics douloureux de la face.

M. Tholozan fait une communication sur les *apparitions et les disparitions brusques des épidémies et du choléra en particulier.* En dehors des découvertes que l'avenir promet sous ce rapport, M. Tholozan ne pense pas qu'on puisse édifier de théorie, à l'heure actuelle, ni pour ni contre tel système particulier. A. Josias.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

I. Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés ; par Motais (d'Angers), 51 dessins originaux, gr. in-8°. — Paris, Lecrosnier, 1887.

II Archives d'ophtalmologie françaises, n° de mai, juin 1887.

III. Annales d'oculistiques belge, mai, juin.

IV. Recueil d'ophtalmologie, de Galezowski, n°s de mai, juin 1887.

V. Centralblatt de Hirschberg, juin.

VI. The american journal of ophtalmology, mai 1887,

I. — L'anatomie et la physiologie des muscles de l'œil ont occupé M. Motais depuis plusieurs années, et nous avons eu déjà, dans les Congrès, les prémices de ce travail ainsi que quelques-unes des déductions applicables aux opérations de strabisme. Aujourd'hui l'auteur a donné à ses idées la consistance d'un beau volume où le texte est appuyé de figures originales, très intelligibles toujours, et souvent fort belles. En lisant cet ouvrage qui s'appuie sur une somme énorme de travail et de pièces disséquées, on croirait se trouver devant une des galeries du Musée de Hunter, à Londres, où les organes des sens sont disposés en série pour tout le règne animal. Assurément, c'est la seule manière de saisir les modifications morphologiques de l'anatomie, et nous avouons, après quelque doute, avoir été converti en partie par l'exposé des préparations de M. Motais.

Au 1er Congrès d'ophthalmologie 1884, l'auteur avait fourni à Paris, le schéma de la *séreuse bulbaire*; de nombreuses objections lui furent faites pour l'homme, où jamais les anatomistes n'ont reconnu à la capsule de Tenon la constitution d'une séreuse anatomique dans l'acception vraie du mot.

Cette différence de nom mise de côté, si l'on suit avec soin la disposition des aponévroses derrière le bulbe et sur les muscles, dans toute la série des vertébrés, il arrive que l'esprit n'envisage plus la constitution humaine de cette région sous le même aspect. Telle connexion affaiblie ici, mais puissante sur un autre animal, prend alors une signification qu'il serait difficile de saisir sans le secours de pièces voisines. C'est en un mot par une véritable étude d'anatomie comparée que M. Motais est parvenu à rétablir la physiologie de la structure dans la capsule de Tenon, et nous pensons qu'il y a réussi.

Ce livre se compose de deux parties : la première comprend l'étude de l'orbite et des muscles chez les poissons, les amphibies, les reptiles, les oiseaux, les mammifères ; la description de la capsule chez l'homme. La 2e partie renferme des monographies et des notes complémentaires : L'appareil moteur de l'œil du cheval, du chien, du lapin, de l'esturgeon. L'ouvrage se termine par des considérations générales d'anatomie, singulièrement facilitées par les recherches antérieures.

Sans entrer dans la description détaillée des organes du mouvement de l'œil dans toute la série animale, nous signalerons cependant à l'attention du lecteur : la constitution du canal sphénoïdal chez les poissons où les muscles de l'œil produisent des mouvements étendus, — l'apparition de la tige support du globe, chez les squales où le bulbe ressemble à une bille reposant sur le pied d'un bilboquet; le muscle choanoïde, en entonnoir, s'insérant à

la sclérotique sur une courbe en arrière des droits, et chez certains mammifères jusque dans le canal sphénoïdal. Notons encore chez le bœuf, des connexions sans nombre du choanoïde avec les autres muscles droits. Enfin, tous ces muscles sont reliés entre eux par un système aponévrotique qui n'est autre que la capsule de Tenon.

On retrouve cette gaine aponévrotique de Tenon chez tous les animaux qui possèdent un œil doué de mouvements, et cette membrane peut être ramenée à un type fondamental invariable. La description donnée chez l'homme est la suivante: Les 7 muscles de l'œil sont reliés entre eux par une aponévrose commune formant une gaine spéciale à chacun d'eux. La capsule musculaire ou capsule externe fournit par sa face superficielle des lames fibreuses destinées aux nerfs et artères sus-orbitaires-lacrymales. De la face profonde partent, en arrière du globe, d'autres lames pour les ciliaires et le nerf optique.

C'est donc une espèce d'enveloppe réunissant en un cylindre aponévrotique toute la série des muscles, un *manchon*, bien visible chez le cheval et le dauphin. En avant, la membrane se dédouble; le feuillet superficiel forme un entonnoir complet avec des prolongements en dedans et en dehors, en haut et en bas (ailerons). Le feuillet profond se replie sur le globe et va rejoindre la gaine du nerf.

Pour Motais, l'aponévrose n'est pas traversée par les muscles ; elle les abandonne au 5e antérieur pour se porter à la périphérie. Mais en arrière, elle les contient tous dans un double feuillet en cone.

Au point de réflexion, *un fascia sous-conjontival* va de l'aponévrose à la cornée. Au-dessous de l'aponévrose musculaire ou capsule externe existe une membrane mince, en forme de sphère creuse, enveloppant le bulbe du nerf optique jusqu'aux muscles. C'est ce que l'auteur appelle *capsule bulbaire* ou capsule interne. C'est la *séreuse de l'œil*. Elle commence au point où l'aponévrose en manchon quitte les muscles. Elle entoure ces derniers latéralement et forme la capsule antérieure.

Cette description que nous copions presque textuellement (p. 73) prête évidemment à discussion chez l'homme, où cette *séreuse* se réduit à un tissu connectif très léger, à endothélium, c'est vrai, mais d'un aspect bien différent, il faut l'avouer, même des séreuses cérébrales les plus fines. Appelons-là séreuse ; nommons cavité lymphatique, l'espace virtuel entre la fibreuse et la sclérotique, espace qui est en communication indiscutable avec la choroïde à travers la sclérotique : les noms ne changent rien aux faits qui sont vrais.

Par cette étude, l'auteur pense donc avoir séparé la séreuse de l'aponévrose et ramené la conception de la capsule de Tenon à sa véritable signification en la considérant comme une aponévrose d'enveloppe des muscles, ce qui est indiscutable chez certains animaux. Les ailerons qui sont les points périphériques d'attache font corps avec ce manchon aponévrotique. Le muscle droit inférieur possède un aileron puissant comme les droits latéraux. Ces dispositions anatomiques montrent que le globe, dans ses mouvements, entraîne les couches profondes cellulo-graisseuses et les membranes d'enveloppe. Par l'élasticité de ces membranes, le mouvement propre de l'œil est influencé, car chaque muscle en se contractant tend une partie de l'aponévrose en entonnoir.

Dès le début, et pendant toute la contraction, les ailerons agissent par leur tension graduelle et progressive d'avant en arrière, comme *modérateurs* de l'action musculaire.

Ainsi des expériences, après préparation, démontrent que si on tire sur le muscle en arrière, son aileron se porte aussi en arrière et retient le muscle éloigné du globe (ce qui doit gêner singulièrement la théorie de la myopie par compression de l'hémisphère dans la convergence). Si l'aileron direct se porte en arrière, l'aileron du muscle opposé se relâche, car ses points d'insertion sont rapprochés.

Telles sont les conclusions fermes auxquelles M. Motais est arrivé après cette étude, dont nous n'avons pas la prétention d'indiquer même le sommaire : une analyse comme la nôtre devant se restreindre aux faits principaux.

Nous pensons que les déductions à en tirer pour la strabotomie seront importantes. Tous les opérateurs avaient senti déjà la valeur des adhérences péri-musculaires et l'effet produit par leur dissection ; M. Motais confirme ces idées en envisageant autrement la disposition anatomique. Ce qu'il vient d'écrire sur les rapports des ailerons peut être la cause de nouvelles pratiques opératoires ; mais avant de porter çà et là les ciseaux ou la suture, il faudrait être bien fixé sur le problème de l'équilibre du globe dans ces nouvelles conditions.

Or, la physiologie de cette aponévrose en manchon, insérée en arrière à la zone de Zinn, en avant, au pourtour de l'orbite, modifie tellement les notions actuelles sur la statique de l'œil, que de nouvelles études nous paraissent nécessaires pour une question aussi compliquée. L'opérateur n'agit plus sur des bandelettes isolées, mais bien sur tout un système cylindro conique et conjugué d'aponévrose.

« De nouvelles déductions opératoires surgiront, sans doute, d'expériences nouvelles et la chirurgie oculaire y gagnera certainement en sûreté et en précision. » Quoi qu'il en soit, M. Motais aura l'honneur d'avoir établi nettement, par ce long travail, les données anatomiques qui pourront améliorer l'effet de la strabotomie.

Notre confrère aura l'honneur d'avoir dans cette belle étude fait comprendre, sous son véritable jour, la disposition des muscles et des aponévroses de l'œil. Si quelques points sont encore discutables, quant à ce qui regarde l'homme, l'accord est fait sur l'interprétation générale, et tous nous considérerons, sinon comme une séreuse, du moins comme un espace lymphatique, cet intervalle virtuel qui favorise la rotation entre la sclérotique et la capsule de Tenon ; celle-ci formant une enveloppe continue à tous les muscles, un cone allant du trou optique à la périphérie orbitaire.

II. Ce numéro contient : 1° Une notice sur la valeur du *péroxyde d'hydrogène* comme agent thérapeutique et diagnostic, par Maklakoff, de Moscou. L'auteur l'emploie surtout dans la kératite purulente, et pense que ce liquide pénètre dans les interstices des lames, parce qu'il se forme, au moment où on l'emploie, un trouble blanchâtre dans la cornée. 2° Un nouveau traitement du kératocone, par Abadie. La méthode consiste à attaquer la cornée, après emploi de cocaïne, avec le galvano-cautère. On creuse un sillon parallèle au bord cornéen, et dans les deux tiers de l'épaisseur de la membrane, de préférence en haut. Résultats satisfaisants, consignés dans la thèse de Guiot. (Paris, 1887). 3° Un cas de luxation rare du cristallin. Après une chute sur l'orbite et le globe oculaire droit, l'examen fait reconnaître le cristallin sorti par une plaie de la sclérotique et logé sous la capsule de Tenon, en arrière de la limite du cul-de-sac conjonctival supérieur. 4° Une note de Charpentier sur des phénomènes entoptiques. 5° Le résumé d'expérience sur la greffe oculaire, par Baraban et Rohmer, de Nancy, fournissant des conclusions peu encourageantes. Les auteurs, introduisant des yeux de lapin dans le péritoine, constatent l'atrophie fatale du bulbe, malgré une vascularisation périphérique.

III. Nous trouvons dans les *Annales d'oculistiques belges*, de mai-juin 1887, la continuation du travail de Martin (Bordeaux) sur les contractions astigmatiques du muscle ciliaire. L'auteur les considère comme la cause d'un grand nombre d'affections inflammatoires, kératiques, etc. et a vu par le cylindre correcteur, les autres phénomènes morbides se dissiper. « L'épistaxis des écoliers est certainement une affection dans l'étiologie de laquelle l'effort correcteur de l'astigmatisme entre souvent en jeu » (p. 291). Le staphylôme postérieur, le décollement de la rétine se rapportent aussi à l'influence nocive de l'astigmatisme.

Armaignac, reprenant la notation uniforme de l'astigmatisme, place le 2 et le 0 à l'extrémité gauche du D-H et 180 à l'extrémité droite. Même notation pour les deux yeux, en prenant le méridien à minimum de courbure comme mé-

ridien principal. Il écrit : O-D. sphér. — 6 ; 60 — 2. et O-G. spher. — 4 ; 120 — 2.

M. de Wecker continue la polémique entamée dans le *Progrès médical*, relativement à l'analyse de son traité d'ophthalmologie. L'auteur persiste à vouloir démontrer qu'il a eu raison d'introduire au milieu de travaux originaux et dans un ouvrage publié à Paris, *une traduction allemande*. Cette méthode est tellement en dehors des usages français que M. Wecker est le seul à l'avoir jamais employée, ne sentant pas combien elle sort de nos goûts et de nos mœurs.

Cet auteur ajoute « que le lecteur verra que le nom si honoré de Ranvier n'est pas exclu de ce travail. » Voici en quoi : M. Wecker a pris une figure des massues de Landolt, appartenant au cours de Ranvier, et c'est tout ! C'est l'emprunt fait aux travaux du collège de France ! Il connaissait donc ce mémoire et au lieu de le mettre à profit, de rédiger une revue d'ensemble sur la bibliographie de la rétine, c'est une traduction de Schwalbe qu'il publie dans un livre nouveau ! Singulière utilisation des travaux français.

Quant aux figures de cette nouvelle anatomie, nous constaterons que *le volume de* 1875 *du Sæmisch et Græfe* contient à la page 328, les figures nos 1 et 5 du nouveau fascicule — à la page 345, la figure 2 — à la page 358, les figures 6 et 10 — à la page 371, la figure 8 — à la page 390, la figure 11 — à la page 405, la figure 12 — à la page 417, la figure 14 — à la page 424, la figure 18 — et à la page 48, la figure 19, et nous n'avons pas tout vérifié !

IV. Le *Recueil d'ophthalmologie* de Galezowski (mai et juin), contient des mémoires intéressants de Galezowski sur la *méthode opératoire de la cataracte*, de Cuignet sur les *images kératoscopiques*, de Zaminski sur la *rétinoskiascopie*, de Mendoza sur les suites de la cataracte. En juin, un travail de Gilet de Grandmont sur la *kératite trabéculaire*, de Dehenne sur les rapports de la vision avec les lésions appréciables à l'ophtalmoscope, de Roland sur les *accidents oculaires du diabète*. Presque tous ces mémoires ont été présentés au Congrès d'ophtalmologie et seront imprimés dans le volume Compte rendu dont nous aurons à parler.

V. Le *Centralblatt de Hirschberg* (juin) contient un mémoire intéressant de Sachs (d'Inspruck) sur le *scotome dans les affections glaucomateuses*. Il en a recueilli 4 cas depuis 1885. Ces scotomes ont une forme paracentrale, ils occupent un segment temporal à grand diamètre vertical dans trois yeux, et plutôt horizontal dans deux autres. Dans un cas même, ce scotome présentait une analogie remarquable avec celui de l'intoxication alcoolo-nicotinique.

Dans la bibliographie allemande du même numéro nous relevons comme travaux importants : 1° Les recherches de Deutschmann sur la *névrite optique* (Staungspapille) et ses rapports avec les affections cérébrales. Deutschmann a étudié expérimentalement la production de la Staungspapille par des injections d'agar-agar pure, ou chargé de staphylocoques, ou de matières tuberculeuses. Il examine, enfin, l'action des tumeurs sur la circulation cérébrale et l'aspect de la papille. Ces expériences jettent un grand jour sur cette question longtemps débattue et fournissent l'explication définitive du gonflement de la papille, qu'il a pu reproduire à volonté. Ce mémoire doit être lu dans l'original même (Iéna Fischer, 1887). 2° une étude en 44 pages et 2 planches de Meyer sur l'*anatomie des artères de l'orbite*. 3° Deux notes de Brunschewitsch et de Griffith sur l'*hémianopsie* ; 4° un travail de G. Claeys intitulé : *Région ciliaire de la rétine et de la zonule de Zinn*, présenté à l'Académie de médecine belge. L'auteur a étudié cette région sur l'homme, le chat, les chiens, les lapins, etc. Les coupes au microtome ont été photographiées pour donner une garantie absolue de la description. Il a montré l'attache des fibrilles de la zonule sur les deux faces de la capsule et la disposition chez l'homme des fibres circulaires, que Merket avait déjà signalées en 1870 ; mais ces dernières ne reposent pas sur la lentille. Claeys nie l'existence du canal de Petit et se rattache à la description qu'en donnent Iwanoff et Hocquart.

VI. Le *The American Journal Ophtalmology* (mai) renferme une observation de *Trichiasis* traité par la méthode de Stellwag (renversement et réimplantation du bord ciliaire) succès complet, mais avec irrégularité dans la ligne de la suture. 2° une méthode pour reconnaître la *direction de l'axe du prisme dans les lunettes* par l'apposition d'un autre prisme. 3° un long travail d'Alt sur les blessures graves de l'œil (15 observations) traitées par le pansement antiseptique avec un succès remarquable. F. P.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin.

Berlin, 6 août 1887.

Monsieur le rédacteur,

L'époque des vacances est venue, même pour les médecins, et la vie scientifique n'est plus aussi active ; mais il y a deux sujets qui suffisent à nous occuper en ce moment. Je ne manque donc pas de vous en faire part, ainsi qu'à vos lecteurs.

Parlons d'abord de la conférence que *Virchow* a faite à la séance de clôture de la *Société médicale de Berlin*, sur la *Pachydermie du larynx*. Ce sujet présentait surtout de l'intérêt, parce que notre prince royal est atteint actuellement de cette affection. Virchow n'a pas parlé, cela va sans dire, du cas spécial, mais nous a fait part des résultats de ses observations antérieures et des faits nouveaux qu'il a pu récemment observer.

Le second sujet concerne l'ordonnance royale sur *l'organisation officielle de la pratique médicale*. Voici ce que contient l'ordonnance : l'activité de la Chambre des médecins (« Aertzte Kammer ») se porte sur tous les sujets qui sont du ressort de la pratique médicale ou qui concernent l'hygiène publique et la défense des intérêts médicaux. Ces Chambres peuvent adresser des propositions et des motions au gouvernement ; ce dernier, à son tour, s'appliquera à demander des conseils aux Chambres médicales dans les questions d'hygiène publique.

Sont électeurs et éligibles les médecins qui, demeurant dans l'arrondissement électoral, sont sujets de l'Empire allemand, et jouissent de leurs droits civils et politiques. L'éligibilité et le droit de vote seront retirés, aussitôt qu'il ne sera plus complètement satisfait à ces conditions ; les droits ne pourront être exercés dans le cours d'une procédure tendant à enlever à un médecin le droit de porter le titre de praticien, dans le cours d'une procédure judiciaire pour crime ou délit entraînant la perte des droits civiques, ou enfin en cas d'arrestation ordonnée par tribunal.

Le comité de la Chambre des médecins devra retirer les mêmes droits définitivement ou à temps, aux médecins qui se sont rendus coupables de manquements graves ou réitérés dans l'exercice de leurs fonctions, ou qui ont perdu le droit à l'estime de leurs confrères. On devra auparavant permettre aux intéressés de se disculper des accusations portées contre eux ; les intéressés peuvent enfin recourir contre le jugement qui les frappe, dans les quatre semaines qui suivent la condamnation, auprès du ministre chargé des questions médicales. Le retrait du droit de vote ne peut s'exercer contre les médecins qui occupent des fonctions officielles ou qui dépendent des tribunaux d'honneur militaires. Les fonctions de membres de la Chambre des médecins sont purement honorifiques.

L'introduction de chambres organisées officiellement n'est pas approuvée par tous les médecins, mais ses partisans sont surtout pleins de confiance sur les résultats à obtenir, parce que M. de Gossler, le ministre qui a institué le nouvel état de choses, est très aimé du public médical. M. de Gossler, en effet, montre le plus grand intérêt pour les questions médicales et universitaires. Dans d'autres conditions, on se fût opposé à bon droit à cette innovation, car elle a été instituée par simple ordonnance royale et non par une loi officiellement promulguée. Voici les grandes différences qui séparent ces deux modes de procédure : l'ordonnance étant signée par le ministre

sans que le Corps législatif y soit pour rien, un ministre nouveau peut la rapporter sans consulter la Chambre des députés. Elle peut, pendant quelque temps, rester lettre morte, selon le bon plaisir de l'autorité, ce qui est vraiment bizarre dans le cas particulier. Comme nous ne sommes guère sûrs de posséder toujours un ministre aussi ami des médecins que M. de Goosler, cette arme peut un jour se retourner contre le corps médical, ce qui donne fort à penser.

Passons maintenant à la conférence de Virchow. Malgré la chaleur torride de la journée, la vaste salle de la Société médicale était bondée. Je donnerai ici une relation presque littérale de cette conférence, estimant que le sujet est de grand intérêt.

Virchow a rappelé d'abord qu'étant professeur à Würzbourg, il engagea un de ses élèves, le Dr Reiner (de Saint-Gall), à faire toute une série de *recherches histologiques sur le larynx et les processus pathologiques particuliers* à cet organe. Ces travaux eurent l'excellent résultat de jeter quelque lumière sur les rapports de la muqueuse normale du larynx, surtout dans la partie supérieure. On savait que l'épithélium pavimenteux du pharynx descendait par places un peu sur le larynx; mais les indications manquaient de clarté. Reiner montra, en 1852, que l'épithélium pavimenteux du pharynx entre dans le larynx par le rebord tout entier de l'épiglotte, et, en arrière, dans l'espace interaryténoïde; mais l'espace recouvert varie d'étendue, car à la surface postérieure de l'épiglotte, il n'y a qu'un mince rebord d'épithélium pavimenteux, tandis que vers le ligament épiglottique, l'épithélium va plus loin; il redescend le long des deux cartilages aryténoïdes, passe sur les cordes vocales jusqu'en avant. Dans l'intervalle circonscrit par le rebord de l'épiglotte et les cordes vocales, les rapports sont variables, mais on trouve toujours un espace plus ou moins grand, recouvert d'épithélium à cils vibratils, qui va quelquefois jusqu'au rebord de l'épiglotte et recouvre parfois la surface des ventricules de Morgagni. Il est souvent difficile de reconnaître si l'on a affaire à de l'épithélium à cils vibratils. On trouve, dans ces cas, des cellules cylindriques, en massue, etc. En tous cas, la couche pavimenteuse interrompt tout à fait la couche vibratile et n'a aucun rapport avec la partie inférieure qui se continue sur le larynx, la trachée et les bronches. Si l'on compare ces parties à celles de la muqueuse digestive voisine et qu'on l'examine minutieusement, on reconnaît qu'elle ressemble à l'épiderme cutané et a des allures de tégument cutané. Le passage de l'épiderme des lèvres à l'épithélium pavimenteux buccal et œsophagien, qui va jusqu'au cardia, ne se fait pas sans circonscrire une série de points qui ressemblent jusqu'à un certain point morphologiquement à du tissu cutané. On observe là une série de processus qui ne se présentent pas dans les parties à cils vibratiles, ayant un aspect de muqueuse. Toutes les parties sus-indiquées ne présentent pas de glandes; elles sont relativement sèches, ne donnent pas issue à d'abondantes sécrétions, comme les parties voisines et sont un terrain à part.

Les processus qui nous intéressent en premier lieu sont ceux de l'inflammation chronique et ressortissent à l'étude de la laryngite chronique; mais le traitement n'a pas été fortement étayé sur des raisons de principes. Les variations sont nombreuses et on ne sait trop où classer ces processus. Dans le cours de ces affections, deux modifications se montrent, qui dépassent l'intensité normale d'un catarrhe chronique. Il y a d'abord surproduction d'épithélium, ce dernier prend alors un caractère épidermoïde et il devient alors difficile de le distinguer des parties cutanées fixes. Les autres processus se passent toujours dans le tissu conjonctif ou muqueux : on observe alors des gonflements diffus se cantonnant parfois dans de petits espaces. Virchow a, depuis les recherches de Würzbourg, pris l'habitude de désigner par le terme de pachydermie les processus ci-dessus énumérés. Il y a deux formes de pachydermie : une diffuse, lisse, et une verruqueuse, limitée à de petites surfaces.

En 1881, Hühnermann a publié une thèse dans laquelle il émet l'opinion que les deux processus doivent être dissociés, car le gonflement se développe surtout sur les parties postérieures du larynx, les cordes vocales et leur muqueuse, tandis que les verrucosités atteignent les parties antérieures. Le contraste n'est qu'apparent pour Virchow. Les points où le gonflement est uniforme sont ceux où se montre peu de tissu conjonctif avec les vaisseaux y relatifs. C'est surtout dans la région des apophyses internes de l'aryténoïde : Si la muqueuse est très dure et se perd dans l'épichondre. Là, en effet, on voit des gonflements bizarres se développer et il y a une sorte de modification qu'on n'a pas encore décrite. Le gonflement est alors considérable et circonscrit à son centre une fossette ou poche entourée d'un fort renflement. Virchow crut d'abord qu'il y avait là des cicatrices d'ulcères rétractés à leur centre. Il semble aussi que quelques savants distingués aient eu la même idée, mais, en y regardant de plus près, Virchow a reconnu que la fossette correspond au point où la muqueuse est en rapport immédiat avec le cartilage sous-jacent, il ne peut s'en détacher. On voit souvent ces phénomènes sur les cadavres, et les laryngologues affirmant que les chanteurs ont une prédisposition à la laryngite chronique, Virchow en conclut que les vieux alcooliques, par leur progression à chanter, donnent aux processus l'occasion de se développer. Le processus n'est jamais circonscrit, car il envahit les cordes vocales qui présentent alors un revêtement visible à l'œil nu, grisâtre et épais, qu'on peut arracher par lambeaux et qui est un épithélium épaissi et ayant pris un caractère épidermoïde. En regardant bien, on voit qu'en arrière la partie gonflée est couverte de petites papilles, et par là dessus se montrent d'épaisses couches d'épiderme, les processus ont tant de ténacité que leur caractère papillaire échappe à l'œil nu. Dans l'état normal, il n'y a pas de papilles en cet endroit.

A cet état vient souvent se surajouter une maladie qui va d'avant en arrière, et envahit l'espace interaryténoïde; ce dernier s'épaissit et on peut alors observer, déjà à l'œil nu, les proliférations papillaires. En préparant des pièces de ce genre, on a pu observer un phénomène des plus importants. Ces couches épaisses et dures d'épiderme ont donné naissance à des rhagades et des fissures, comme on les observe aux extrémités, par exemple aux pieds. Ces fissures sont profondes et donnent lieu à des déchirures qui dépassent la surface et atteignent le tissu même, ce qui donne à la lésion, d'une façon frappante, l'aspect d'un cancroïde. Virchow n'admet pas cette dernière forme, aussi faut-il considérer cette lésion comme une simple conséquence de la déchirure produite par les rhagades.

Si on examine maintenant comment se comportent les verrucosités simples, c'est-à-dire les polypes, on reconnait, en effet, que leur siège n'est pas en arrière, mais de préférence en avant. Une catégorie de polypes est composée d'un épiderme épais, recouvrant une papille fort exiguë. La masse envahissante est épidermoïde. Les laryngologues emploient dans ce cas de préférence le terme de « papillôme ». C'est là un vrai barbarisme, dit Virchow. Il ne faut plus de nos jours, dans une classification de tumeurs, se tenir à des particularités existant par hasard. On voit aujourd'hui que certains carcinômes sont si villeux, qu'on les nomme carcinômes papillaires. Le mot de papillôme s'attache à la forme d'une tumeur quelconque, il faudrait donc ajouter un second terme précisant la nature histologique de la tumeur. Virchow n'emploie jamais ce terme et voudrait le voir bannir de nos livres. L'important est la prolifération épithéliale, il faudrait donc en faire un épithélioma, mais ce dernier mot a été mal employé, car on l'a appliqué à une maladie spéciale, le cancroïde. Mais la distinction est fort subtile et il est forcément très facile de confondre ces deux affections dans la pratique. Il sera plus difficile encore de déterminer s'il y a hétéroplasie, c'est-à-dire cancer, ou hyperplasie, c'est-à-dire prolifération des couches superficielles de revêtement. Il ne faut pas croire que la papille parte d'un point de la muqueuse et chasse devant elle l'épiderme, c'est le contraire qui a lieu.

L'épiderme prolifère d'abord, et sa papille ne s'introduit que peu à peu dans la masse. C'est ce qu'on voit dans l'œil de perdrix. Souvent on trouvera dans les épaississements aplatis, sans inégalités, une prolifération évidente de cellules, et qu'on a souvent regardé comme un caractère spécifique du cancroïde, mais cela peut se présenter chaque fois qu'un épithélium quelconque est en prolifération. Les formes communes et multiples sont celles qu'on appelait jadis condylômes, qui ont un

caractère épithélial. Mais on a désigné plus tard de cette façon une tumeur gommeuse, ce qui empêcha dorénavant les praticiens de dire qu'un malade atteint d'une tumeur épithéliale était affligé d'un condylôme. En dehors du point spécialement visé, on observe à la luette, au pharynx, surtout dans les parties latérales, au-dessus des amygdales, des phénomènes analogues. On a dans la science, on ne sait pourquoi, fait de ces formes papillaires des fibrômes; c'est là une grave erreur.

Le larynx présente parfois des tumeurs fibreuses, mais elles diffèrent absolument de celles qui sont en jeu ici. La seule raison de s'effrayer, dans les cas décrits plus haut, serait celle que donne Rindfleisch, car il émet l'hypothèse que les cellules épithéliales viennent du tissu conjonctif et qu'il existe en premier lieu une irritation de ce dernier, qui provoque un exode de cellules, celles-ci entrent dans le domaine des papilles et vont jusqu'à l'épiderme, et là deviennent des cellules épidermoïdes. Le dernier donné par Rindfleisch a été pris sur une fort mauvaise coupe, inutilisable pour cette démonstration.

Pas un seul corpuscule ne passe du tissu conjonctif dans l'épithélium, et on peut nier tout rapport avec le tissu conjonctif, mais on voit que l'affection a atteint en première ligne l'épiderme. Il y a donc ici, exactement comme dans la surface cutanée, des irritations donnant lieu à deux processus, l'un plutôt verruqueux et l'autre avec gonflement uniforme. Personne ne croira que les verrues de la peau ne sont pas produites par des phénomènes irritatifs donnant lieu à une prolifération.

Puis Virchow indique sommairement quelle est la limite de la bénignité. Il admet comme processus local, bénin, simplement hyperplasique, tout ce qui se développe en un point où la papille sera nettement délimitée à la base; il faut qu'au-dessous rien de suspect ne se montre, rien qui, même de loin, présente un aspect de tissu épithélial. Voilà l'important pour Virchow. Mais, si au-dessous de la ligne de démarcation il trouve un espace rempli d'une masse épithéliale, formant alvéole et constituant le premier commencement d'une néoplasie, il y a malignité. Il est surtout fort difficile de faire ces distinctions et on obtient souvent, avec la méthode ordinaire des coupes, si l'on n'a qu'un morceau de papille à examiner, des images qui donnent à réfléchir, mais c'est une fausse alerte, car les alvéoles qu'on voit ne sont que les espaces qui avoisinent les papilles. Virchow ne croit pas qu'on se trompera si, avant de faire des coupes, on se décide à examiner à fond la base du morceau enlevé. Si alors il n'y a absolument pas de masses étrangères, c'est que le néoplasme est bénin.

La récidive n'est pas un facteur important ici, car toutes ces formes sont récidivantes, à l'occasion, ainsi que de nombreuses observations en font foi. Il ne faut surtout pas croire qu'une papille de ce genre est née d'une autre préexistante; c'est un néoplasme qui peut naître sur une cicatrice. Mais, dans la plupart des cas, on réussit, par une avulsion énergique des restes, d'empêcher toute récidive. Virchow enfin se demande s'il ne serait pas possible qu'un tel papillôme entre en régression. Il ne peut décider la question, mais bien des savants prétendent avoir observé des cas de ce genre. Les verrues de la main ne durent qu'un certain temps et disparaissent souvent d'elles-mêmes et sans opération radicale.

Dr Léop. CASPER.

BIBLIOGRAPHIE

De l'Iridochoroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée; par P. DESPAGNET. — F. Alcan, édit. Paris in-8, 1887.

C'est un point de pratique extrêmement important que le savant chef de clinique de M. Galezowski a pris pour sujet de son travail inaugural. Si, en effet, l'on connait à fond les accidents immédiats des lésions cornéennes, de l'enclavement, du pincement, des tiraillements de l'iris, on est moins familier avec les conséquences à longue échéance des altérations en question. A l'exception du glaucôme chronique ou symptomatique, et de l'ophthalmie sympathique, on n'a pas l'habitude de s'arrêter à d'autres complications, et encore moins à celle de la panophthalmie. Ou plutôt, la panophthalmie immédiate est un fait classique tandis que la panophthalmie à long terme, celle qui survient plusieurs années après la guérison, au moins apparente, des accidents kérato-iriens, cette panophthalmie-là est à peine connue. Or, de même qu'après une lésion traumatique de l'iris, on peut toujours, des années plus tard, assister à un glaucôme insidieux et à une ophthalmie sympathique engendrés par cette irritation accumulée des nerfs ciliaires, de même, à la suite d'une kératite ayant laissé après elle un leucome englobant l'iris, on doit toujours craindre de voir se produire une panophthalmie suppurée ou phlegmon de l'œil à de longues années de distance. C'est ce que démontre M. Despagnet à la lumière de huit observations caractéristiques dont une comporte l'examen histologique. Voici du reste en peu de mots l'état exact de la question.

L'irido-choroïdite suppurative ou phlegmon de l'œil peut compliquer un leucôme adhérent. Ce phlegmon, qui n'est pas mentionné dans les auteurs classiques, se développe, sans cause extérieure, dans des yeux où aucune trace d'inflammation ne s'est produite depuis des années. Il résulte de la traction permanente qu'exerce sur la région ciliaire la partie herniée de l'iris, et de l'augmentation de la tension intra-oculaire. La cyclite, qui en est la conséquence, offre un admirable terrain pour le développement des colonies microbiennes dans un œil dont la nutrition périclite de jour en jour. Par suite tout leucôme adhérent ou staphylôme consécutif doit être traité dès le début. C'est-à-dire qu'une *opération préventive* doit être dirigée contre les accidents terribles que nous venons de signaler.

M. Despagnet recommande la pratique de son maître qui consiste, après avoir fait un trou à la cornée en dehors du cercle du leucôme, à aller, avec un couteau approprié, sectionner, comme dans la hernie étranglée, les adhérences irido-kératiques (*Synéchotomie*); on dilate ensuite la pupille. Si le leucôme adhérent est large et périphérique, on aura recours à l'Iridectomie pratiquée, soit dans le point opposé au leucôme, soit en d'autres endroits, selon la disposition topographique des adhérences. En un mot l'opération, quelle qu'elle soit, doit avoir pour but d'empêcher que la région ciliaire ne soit tiraillée par la cicatrice cornéenne les tractions augmentant d'autant plus que la pupille est constamment en mouvement et finissant par enflammer vaisseaux et nerfs ciliaires. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant qu'un beau jour le globe oculaire ainsi lésé dans sa nutrition se mette à suppurer; c'est la panophthalmie qui, une fois déclarée, ne comporte qu'un remède, l'énucléation de l'œil dans le plus bref délai, afin d'éviter les terribles accidents cérébraux que nul n'ignore. P. KÉRAVAL.

Arsberättelse fran Sabbatsbergs Sjukhus i Stockholm för 1885 (*Rapport d'exercice de l'hôpital de Sabbatsberg à Stockholm, pour* 1885); publié par le Dr F. W. WARFVINGE, directeur et médecin en chef de l'hôpital. In-8 de 170 pages. — Stockholm, Isaac Marcus' Boktryckéri-aktiebolog, 1886.

Ce volume comprend deux parties : la première est consacrée à la statistique, la seconde à la clinique. Le directeur médecin de l'hôpital, M. le Dr Warfvinge, d'accord évidemment avec ses distingués collègues, MM. les Drs Svensson et Netzel, a eu l'excellente idée, dont nous ne saurions trop le remercier, de faire suivre le texte suédois d'un résumé *en français*.

L'hôpital contient 310 lits; on y a reçu 3,054 malades en 1885 :

1,781	en médecine :	(mortalité	10,1 0/0).
1,040	en chirurgie :	id.	5,3 0/0.
233	en gynécologie :	id.	3,4 0/0.

Les dépenses ont été de 213,027 fr. soit 2 fr. par jour et par malade.

Les travaux analysés ont pour titre : *Sur le traitement antipyrétique*, par le Dr Warfvinge; — *Cinq guérisons complètes sur cinq cas de méningite tuberculeuse*, traités au moyen de la pommade iodoformée, par le même; — *Sur le traitement opératoire sanglant de la rotule*, par le Dr P. Södeberg; — *Cas d'atrophie musculaire progressive due à une hydromyélie*, par C. Wallis. B.

De la phlébite dans le cours d'un rhumatisme blennorrhagique; par CH. MARTEL. Thèse, Paris. — Steinheil, 1887.

Il est admis, à l'heure actuelle, que la blennorrhagie, affection locale au début, peut déterminer une infection générale

de l'économie, par l'introduction du gonocoque dans la circulation. Cette infection diffuse peut se manifester par des localisations à distance sur les yeux, sur les articulations, sur le cœur et sur les nerfs.

M. Martel a entrepris la tâche de mettre en lumière une des manifestations les plus rares et les moins connues de l'état infectieux que crée le gonocoque. Le but de sa thèse inaugurale est de prouver la nature microbienne de certaines phlébites survenues dans le cours de la chaudepisse.

Par malheur, les observations colligées ne sont pas toutes absolument probantes et il y aurait matière à discussion si on voulait serrer de près l'étude symptomatique qui ressort des observations.

« Le petit nombre des faits ne prouve rien, dit excellemment » M. Martel ; il suffit qu'il y en ait quelques-uns de bien établis « pour qu'il ne reste aucun doute. » Nous sommes de cet avis, mais faut-il du moins qu'un fait, au minimum, soit établi d'une façon indiscutable.

Pour pouvoir affirmer la nature microbienne de la phlébite, il aurait fallu suivre la même voie que celle qui a été tracée pour démontrer l'origine infectieuse de l'endocardite blennorrhagique, de l'arthrite, etc ; il aurait fallu nous présenter un ensemble imposant de preuves anatomiques, microscopiques et expérimentales.

La thèse de M. Martel renferme une idée. Cette idée doit correspondre à la réalité, parce qu'elle cadre bien avec ce que nous savons maintenant de la blennorrhagie. Mais pour que la phlébite soit rattachée définitivement à la présence du gonocoque dans l'organisme, il nous faut attendre d'autres preuves. Qu'un observateur, versé dans les études bactériologiques, ait la bonne fortune de rencontrer une phlébite dans le cours d'une blennorrhagie, et il donnera, d'une façon éclatante, — nous le croyons fermement, — la démonstration que nous désirons. Ce sera un chapitre nouveau à ajouter à l'étude intéressante de l'infection générale et des accidents à distance produits par les micro-organismes de la blennorrhagie.

R. Pichevin.

Manuel de matière médicale; par M. Blondel. 1 volume de 978 pages chez O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

M. Blondel, préparateur des travaux pratiques d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, vient de publier un Manuel de matière médicale, que nous nous empressons de recommander à nos lecteurs et surtout aux étudiants en médecine. Dans ce livre, ils trouveront la description minutieuse de toutes les drogues qui composent la collection officielle de la Faculté, de toutes les substances que l'étudiant est appelé à reconnaître par le premier examen de doctorat et sur lesquelles il sera interrogé.

L'ordre suivi par M. Blondel est celui qui a été adopté pour le Droguier de l'Ecole. Pour chacune des substances, l'auteur passe en revue les caractères extérieurs et anatomiques. et fait une description rapide de la plante ou de l'animal qui les fournissent. Il nous fait connaître les différents principes actifs qu'elles renferment, leurs effets, et, passe en revue les principales indications thérapeutiques. Ce livre, comme le dit avec raison M le docteur Dujardin-Beaumetz, dans la préface qu'il a signée, sera donc utile tout à la fois au médecin et au pharmacien : au médecin, parce qu'il résume tout ce qu'il lui est utile de connaître sur les substances médicamenteuses qu'il emploie; au pharmacien, parce qu'il contient tous les renseignements nécessaires sur la puissance et le mode d'action des drogues qu'il manie tous les jours.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des animaux et produits animaux, dont le nombre est aujourd'hui bien restreint. Quand nous aurons cité le *pastoreum*, le *musc*, la *cantharide*, la *sangsue*, nous en aurons à peu près épuisé la liste. Il n'en est pas de même pour les substances fournies par le règne végétal, et cependant, si leur nombre s'accroît tous les jours, par suite de l'introduction, dans la thérapeutique, de quelque agent nouveau ; la quantité de celles qui sont tombées dans l'oubli est encore plus considérable. On abandonne l'emploi de la plante en nature aussitôt que la chimie a permis d'en isoler le principe actif ; mais il en est un certain nombre qui sont la base de la matière médicale et dont l'étude est aussi importante qu'intéressante. Nous signalons à l'attention du lecteur les pages que M. Blondel a consacrées à l'opium, à l'ipécacuana, au quinquina. De nombreuses figures (358) permettent de suivre avec facilité les descriptions et rehaussent encore le mérite du livre de M. Blondel. P. Yvon.

Guide pratique pour l'analyse chimique et microscopique de l'Urine; par le Dr L. Gautier. — Chez S. Savy, 77, Boulevard Saint-Germain.

M. le Dr L. Gautier, bien connu pour ses traductions de Venbaner et de Dragendorff vient de publier, sous sa signature, un petit livre destiné à rendre service aux étudiants, en leur indiquant la marche à suivre pour l'examen des urines. L'ouvrage est divisé en cinq chapitres. Dans le premier l'auteur passe en revue les propriétés générales de l'urine ; *Transparence, couleur, réaction, densité*. Dans le second il étudie les éléments normaux qu'il divise en organiques (urée, acide urique, etc.) et minéraux (chlorures, phosphates, sulfates). Le chapitre troisième est consacré à l'étude des éléments pathologiques de l'urine ; albumine, glycose, pigments biliaires. L'examen des sédiments et calculs urinaires fait l'objet du chapitre IV ; M. Gautier étudie d'abord les sédiments non organisés (acide urique, hippurique, oxalate de chaux), puis les sédiments organisés (mucus, pus, cylindres urinaires). Les dernières pages de l'ouvrage traitent des éléments accidentels de l'urine et de l'élimination des médicaments. De nombreuses figures facilitent la recherche microscopique des éléments décrits et contribuent à accroître la valeur de cet ouvrage destiné à trouver sa place dans la bibliothèque des étudiants. S. Yvon.

Monoplegia anæsthetica, par le professeur Adamkiewicz (*Wiener med. Blätter*, nos 4 et 5, 1887)

Une jeune fille de 19 ans, ne présentant aucune tare héréditaire et toujours bien portante, est atteinte subitement de douleurs dans le bras droit. Le bras, les doigts et le dos de la main sont le siège de différents troubles, sueurs, chaleur, œdème. Les douleurs cessent la deuxième semaine, mais reparaissent à chaque changement de temps. Insomnie pendant trois semaines. Des bulles qui se sont produites sur les doigts laissent à leur suite des ulcérations sans tendance à la guérison. On s'aperçut alors que ces bulles étaient le résultat de brûlures et que le bras droit était anesthésié.

Cette anesthésie complète pour tous les modes d'excitation s'étendait à tout le bras, à l'épaule et jusque vers la ligne médiane du corps. La partie inférieure de l'omoplate était intacte. Les courants faradiques éveillaient une légère sensation dans le creux axillaire et au bout des doigts. La malade n'avait aucune notion de la position du bras lorsqu'elle fermait les yeux ; les yeux ouverts elle pouvait se livrer à toutes sortes de travaux. Aucun symptôme d'hystérie : l'impossibilité de ramener la sensibilité par l'application de sinapismes et de produire le phénomène de transfert, l'extension de l'anesthésie jusqu'au milieu du corps, l'absence d'îlots sensibles dans le territoire anesthésié, la durée de l'anesthésie, etc., font rejeter l'hypothèse d'une anesthésie hystérique. Les lésions trophiques, cyanose, œdème, sueurs, le peu de tendance des plaies à cicatriser font admettre l'origine organique du mal. Après avoir discuté les différents diagnostics, l'auteur conclut à une *affection rhumatismale des racines postérieures du plexus brachial* et d'une partie du plexus cervical. La guérison progressive et durable obtenue au bout de trois mois d'un traitement par les courants continus, l'iodure de potassium et les bains tièdes semblent justifier pour l'auteur ce diagnostic.

J. Dagonet.

Ueber subdiaphragmatische Echinokokken und deren Behandlung, par L. Landau (*Deutsche med. Ztg*, 1886, n° 95, 97, 98).

Conférence faite à la société de médecine interne de Berlin sur les kystes hydatiques sous-diaphragmatiques et leur traitement. L'auteur cite quatre observations de malades qu'il a opérés, trois ont été guéris, le quatrième a présenté une récidive (1).

(1) Voir Revue critique sur ce sujet parue dans les nos 11, 14 et 15 de 1887.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par le Dr C. PAUL. 2e édition. — Paris, 1887. Asselin et Houzeau, éditeurs.

Cette nouvelle édition d'un livre qui a eu du succès, a été revue avec soin et augmentée notablement. Nous n'insisterons pas sur les chapitres que l'auteur a reproduits sans additions nouvelles ; ils ont été analysés en temps et lieu. Nous voudrions surtout faire apprécier au lecteur les acquisitions récentes de ce volumineux traité. Le plan primitif de l'ouvrage n'a pas été refondu, il est resté le même ; la thérapeutique occupe toujours une place importante et distincte de la partie descriptive ; deux cents pages lui sont consacrées. M. Paul s'affirme, dans ces pages, un praticien et un thérapeute convaincus ; il connaît à fond la matière médicale et il a foi dans la thérapeutique. Ces qualités lui assurent une compétence incontestable, attestée par des recherches originales et par des inventions ingénieuses (stéthoscopes, etc.). L'anatomie et la physiologie des nerfs du cœur occupe une place plus grande que dans la première édition ; M. Paul leur reconnait d'ailleurs un rôle pathologique dont on veut en vain les dépouiller; pour lui, l'angine de poitrine est une affection des nerfs du cœur et non pas une affection des artères coronaires.

A propos des palpitations, M. Paul est amené à se prononcer sur le rôle de la croissance que M. G. Sée avait exagéré. Il montre que la théorie de M. Sée repose sur des affirmations sans preuve. Si les palpitations simples ne conduisent pas à l'hypertrophie du cœur, le surmenage des soldats, des manœuvres, etc., peut provoquer l'hypertrophie et la dilatation.

A propos de l'endocardite ulcéreuse, nous aurions voulu plus de détails sur les travaux bactériologiques récents qui ont changé entièrement la place nosologique de cette maladie. Dans un remarquable chapitre sur l'asystolie se trouve intercalée l'observation de Panum, mort de rupture du cœur. Les symptômes accusés par le Dr Panum rappellent beaucoup l'angine de poitrine. L'examen histologique du ventricule gauche, siège de la rupture, révéla une dégénérescence graisseuse manifeste des fibres musculaires. A l'œil nu d'ailleurs, le cœur paraissait tout à fait graisseux ; ainsi s'explique la rupture qui a causé la mort de Panum. La plupart des autres chapitres du livre de M. Paul contiennent des renseignements nouveaux qui montrent que l'auteur sait se tenir au courant des progrès de la science.

VARIA

Distribution des prix à l'École municipale d'Infirmières de la Salpêtrière.

La distribution des prix à cette Ecole a eu lieu le mardi 9 août, à 4 heures de l'après-midi, dans l'Amphithéâtre des cours. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique présidait, ayant à ses côtés M. le Dr Bourneville, député de la Seine, directeur de l'enseignement des Ecoles, et M. Goupy, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique. Nous remarquons parmi les personnes présentes : M. le Dr Delasiauve; M. le Dr Quesneville, pharmacien en chef de Sainte-Anne; M. Mourlan, chef de division ; M. Pinon, directeur de la Pitié ; M. Lebas, directeur de la Salpêtrière ; M. Perrinelle, ancien conseiller municipal ; M. le Dr Molloy ; M. Chauvin, avoué à la cour d'appel ; M. Leclère, chef du bureau des aliénés ; M. le Dr Viron, pharmacien de l'hospice ; M. Souviron, chef de division à la préfecture de la Seine ; M. Bertillon ; Mme de Graffenfels ; Mlles Le Bas ; plusieurs représentants de la presse et parmi eux M. E. Lesigne ; enfin, MM. les Internes en médecine et en pharmacie de la Salpêtrière ; M. Amaury, économe ; les employés et un grand nombre de surveillantes de la maison, etc., etc.

La salle, dont les murs sont garnis d'écussons et de trophées de drapeaux, est ornée de plantes rares, mises gracieusement par M. Alphand à la disposition de l'Administration hospitalière. Les infirmières placées devant l'estrade forment un groupe des plus gracieux avec leurs fichus et leurs bonnets blancs coquettement arrangés. Dans le fond, occupant les gradins supérieurs, se trouvent les élèves externes et les élèves diplômées des Ecoles de Bicêtre et de la Pitié. — M. PEYRON a ouvert la séance et prononcé le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

Dans cet exposé que M. le Dr Bourneville fait chaque année des résultats obtenus dans nos écoles, dans ce résumé où, avec la rigueur de son esprit mathématique, il apporte des chiffres à l'appui de toutes ses constatations, — qu'il s'agisse d'affirmer vos progrès ou de vous défendre contre d'injustes attaques, — dans ses exposés, M. le Dr Bourneville montre tous les dévouements qui viennent se grouper pour produire les résultats que nous sommes si heureux d'applaudir. Il paye à chacun des professeurs un juste tribut d'éloges; il fait la part de tous, mais avec une persévérance dans l'oubli qui ne me semble pas pouvoir être involontaire, il omet d'indiquer la part de sa collaboration personnelle; il ne nous dit pas tout ce qu'il a dû dépenser de patience persévérante, de volonté énergique pour amener nos trois écoles d'infirmières au point où nous les voyons aujourd'hui, et c'est une dette de reconnaissance que j'acquitte bien volontiers en proclamant tant d'efforts couronnés par tant de succès.

Lui-même vous dira tout à l'heure quel a été le mérite de ses collaborateurs, le temps, le dévouement, le talent qu'ils ont dépensé pour vous instruire ; c'est de plein cœur que je m'associe d'avance à ces témoignages, que je remercie tous ceux qui, professeurs, directeurs, surveillantes, se sont, dans nos trois écoles, associées à sa tache et qu'une fois de plus, je salue avec respect en Mlle Nicolle toute une vie d'abnégation et de dévouement.

Messieurs, quand nos Ecoles d'infirmières se sont créées, elles ont, comme tous les progrés, rencontré sur leur chemin les critiques railleuses. On a pu penser, on n'a pas osé dire que l'Assistance publique avait tort de chercher à vous donner cette instruction primaire que tout le monde devrait posséder : à ce reproche, nous aurions opposé le spectacle que la Salpêtrière nous a donné et que, l'autre jour, à Bicêtre, nous n'avons pu revoir sans émotion, de vieilles infirmières, entrées chez nous absolument illettrées et arrivant, à force de travail, à force d'énergie, à remporter les plus beaux succès dans leurs classes.

On n'a pas pu dire qu'appelées à vivre à l'Assistance publique, il était mauvais que vous en connussiez l'histoire.

On n'a pas pu dire qu'appelées à diriger un service, à en tenir les écritures, il était mauvais que vous fussiez mises au courant de ces notions élémentaires d'administration destinées à vous inculquer les idées d'ordre, d'économie indispensables dans la comptabilité hospitalière.

On n'a pas pu dire que, chargées de faire des pansements, il fut mauvais que vous fussiez instruites à faire ces pansements.

L'on n'a rien osé de tout cela, mais on a dit, on a répété : à quoi bon l'anatomie ? à quoi bon la physiologie ? que prétendez-vous faire de vos infirmières ? Des doctoresses sans diplômes ! des garde-malades qui s'imaginent pouvoir remplacer le médecin ! Et cependant qui conteste encore l'enseignement de ces mêmes notions élémentaires dans nos lycées, dans nos collèges de jeunes filles, dont les élèves n'auront jamais à faire usage de ces connaissances acquises sans lesquelles vous seriez incapables de seconder d'une façon intelligente vos chefs de service.

Et ce qui rend surtout ces leçons profitables, ce qu'il faut mettre en lumière, c'est la méthode même employée par vos professeurs, ce travail de mise au point qui est certes la partie la plus difficile de la tache qu'ils se sont imposée.

Mesdames, je n'ai jamais eu la téméraire ambition de vous faire une leçon ; je trouve plus facile d'applaudir à vos succès que de vous y préparer, mais je sais par expérience personnelle ce qu'une leçon à vous faire peut nécessiter de travail et de recherches

J'avais remarqué une lacune dans le programme de vos études et j'ai pensé qu'il serait bon qu'une leçon y fut ajoutée, qui traiterait spécialement du nettoyage des salles de malades. Je ne crus pas faire injure à la Commission d'hygiène de l'Assistance publique en lui demandant de vouloir bien s'occuper de cette question. La Commission accéda à ma prière : d'abord, il fallut faire une enquête sur la façon dont s'opérait ce nettoyage dans les divers hôpitaux, et, de cette enquête, on tira cette première conclusion, qu'avec des procédés divers, le nettoyage actuel ne constituait partout qu'un déplacement des poussières.

Il faut maintenant dégager de nouveaux procédés plus en rapport avec les exigences de l'hygiène et c'est à cette recherche que se livre la Commission. Cette recherche, qui a déjà suscité de longues discussions, nécessite de nombreuses expériences, n'a pas encore abouti. Elle aboutira certainement, mais vous voyez que préparer une leçon pour le cours de nos écoles d'infirmières, n'est pas toujours chose aisée et facile.

Je ne serais pas juste envers tous les dévouements qui contribuent au succès de nos écoles si, à M. Bourneville et à ses collaborateurs, j'oubliais de joindre, dans l'expression de ma reconnaissance, vos surveillantes qui, sans prendre part à l'enseignement ont contribué d'une manière efficace à vos progrès en vous excitant à suivre ces cours. Ce n'est que justice d'attribuer en partie à ce concours de vos surveillantes le nombre si élevé des diplômes

que nous allons décerner. Il serait peut être équitable et, c'est un point que je signale pour l'avenir à M. le Dr Bourneville, de récompenser cette participation à notre œuvre qui, si elle est moins apparente, est cependant indiscustable.

Je me reprocherais, Mesdames, de prolonger trop longtemps ce familier entretien et, cependant, il me semble bon de rappeler ce que M. le Préfet de la Seine disait samedi dernier à vos collègues de Bicêtre à l'occasion de l'inauguration de la plaque posée à la mémoire de Pussin.

Rappelons les faibles avantages accordés à vos devanciers, les 36 francs de gages annuels donnés à Pussin, M. le Préfet comparait leur situation à la vôtre et disait que, malgré les améliorations que nous avions pu apporter à votre situation, il y avait une chose que nous ne croyions pas pouvoir payer autrement que par notre reconnaissance, c'est le dévouement avec lequel vous vous consacrez au soin de nos malades. C'est en vous même seulement, dans la satisfaction d'une bonne conscience,que vous trouverez la récompense de ces mérites que je me plais à reconnaitre dans le passé et que j'espère avoir à constater tous les ans.

Entourées de souffrances et de misères, vous ne vous êtes pas endurcies à ces spectacles, vous êtes restées pitoyables à la souffrance et à la misère et vous avez montré que, vous aussi, vous aviez reçu ce don que Michelet prête à la femme, « ce don si haut qu'il est, de tous, celui qui met le plus notre espèce à part des autres, un charmant cœur de femme bon et aimant, riche de compassion, d'intelligence pour le soulagement de tous, la divination de la pitié. »

M. Peyron a ensuite donné la parole à M. Bourneville qui s'est exprimé ainsi :

Mesdames, Messieurs,

La cérémonie de ce jour clôt, ainsi que nous le disions l'autre jour, la *première décade* des Ecoles municipales d'infirmières de la ville de Paris . . . .

L'*Ecole de la Salpétrière* a été ouverte le 1er avril 1878, les cours ont été faits trois fois par semaine et même davantage et la première distribution des prix a eu lieu en septembre de la même année. Les cours ont recommencé vers la fin d'octobre de la même année pour finir à la fin de juillet 1879 et, depuis cette époque, chaque année scolaire a eu sa durée réglementaire du 1er octobre au 31 juillet.

L'Ecole de la Salpêtrière, de même que celle de Bicêtre comprend l'*instruction primaire et l'enseignement professionnel* . . .

L'*Instruction primaire* est donnée aux infirmières par l'une des surveillantes les plus dévouées de ce vaste établissement; Mlle Nicole, chargée depuis 37 ans de la direction de l'Ecole des enfants arriérées et épileptiques (1). Depuis la fondation de l'Ecole d'infirmières jusqu'à ce jour, elle a été pour nous une collaboratrice aussi active que dévouée. Elle a eu des aides variées. L'une d'elles Mlle Florenza, sous-surveillante, est restée sa collaboratrice de 1878 à ce jour; cette année, les autres aides sont : Mme Coutel et Mlle Gauthier. Les leçons ont lieu tous les soirs; les élèves sont réparties en deux cours qui ont dû eux-mêmes être scindés en plusieurs divisions, en raison de l'inégalité extrêmement variable de l'instruction des élèves infirmières à leur entrée dans l'établissement. En effet, sur les 728 infirmières qui ont fréquenté l'Ecole depuis 1878, à côté des 435, admises dans le premier cours parce qu'elles possédaient déjà une certaine instruction, 293 ont acquis ici toutes leurs connaissances primaires. La plupart ne savaient ni lire, ni écrire, et un nombre assez notable d'infirmieres, en raison de leur origine bretonne, ne parlaient même pas le français. Ces chiffres ont leur éloquence : ils témoignent des services considérables rendus par la création de l'Ecole et font le plus grand honneur à Mlle Nicolle.

L'*Enseignement primaire*, ici comme à Bicêtre, porte sur la lecture, l'écriture, le calcul et l'orthographe, pour les divisions inférieures et, pour les divisions supérieures, sur l'arithmétique, le système métrique, l'orthographe, la rédaction, l'histoire de France et la géographie. . . . .

M. Bourneville entre dans des développements qui figurent dans le discours de Bicêtre, sur l'introduction de l'enseignement professionnel dans l'enseignement primaire, sur les cours professionnels et rappelle que, à la Salpétriere, les leçons sont données par MM. Gautiez, P. Regnard, Le Bas, P. Poirier, Ch. Féré, Yvon, Budin, suppléé par M. Maygrier. Il rappelle que les exercices pratiques sont dirigés avec beaucoup de zèle et d'activité par Mme Eydt, surveillante, et Mlle Martin, suppleante, puis il continue ainsi :

Le *Changement de services* ou le *roulement* consiste en ce que les élèves doivent passer successivement, à tour de role, dans tous les services de ce vaste hospice : lingerie, cuisine, vestiaire, dortoirs des vieillards valides, dortoirs des grands infirmes, quartier des aliénés, section des enfants, infirmerie générale, médecine et chirurgie. Ce roulement de service en service est destiné à mettre les élèves en mesure de remplir n'importe quel poste dans tous les hôpitaux ; de leur donner plus de sang-froid, d'autorité et d'expériences en les plaçant en contact avec des chefs différents, qu'il s'agisse des médecins, des chirurgiens, des surveillants ou des surveillantes. Nous avons constaté qu'ici, comme à Bicêtre et à la Pitié, cette partie de l'enseignement pratique ne se faisait que d'une manière très incomplète. Il est des infirmières qui, depuis leur entrée en service, remontant à 2, 3, 4 et même 5 années, sont toujours demeurées dans le même dortoir de vieillards, dans la même section d'aliénées,ou à la lingerie,etc. Toutefois, les inconvénients de cette immobilisation sont, à la Salpêtrière, dans une certaine mesure, atténués par le service désigné sous le nom de : *service des volantes*. Voici en quoi il consiste :

Le Conseil municipal a autorisé l'Administration à avoir dix *infirmières supplémentaires* pour le service de l'enseignement. Les infirmières réglementaires sont envoyées par série de dix à l'infirmerie générale et sont remplacées dans leurs salles par les infirmières volantes. Pendant leur séjour à l'infirmerie générale, les élèves doivent suivre la visite des médecins, M. Charcot et M. Joffroy, et du chirurgien, M. Terrillon; elles font les bons, les cahiers, les feuilles de mouvement, les pansements, assistent aux exercices pratiques quotidiens, vont à la cuisine, font le change du linge, etc.

Malgré les avantages de ce fonctionnement nous persistons à réclamer le changement fréquent de service ; il devrait avoir lieu au moins toutes les six semaines pour les élèves boursières, et tous les trois mois pour les élèves infirmières appartenant au premier cours. Nous supplions de nouveau M. Peyron de bien vouloir donner des ordres pour que ce roulement se fasse immédiatement pour les boursières et les infirmières diplomées des trois écoles.

L'enseignement est complété par de nombreuses *compositions* sur l'instruction primaire et sur les cours professionnels, enfin, par des *examens pratiques*. 42 élèves ont subi ces examens au mois d'avril, et 151 à la fin de juillet et au commencement du mois d'août.

Dans cet enseignement, il ne s'agit nullement d'apprendre aux infirmières à diagnostiquer et traiter les maladies, mais à les mettre en état de renseigner d'une manière claire et précise le médecin, et d'exécuter à la lettre toutes ses prescriptions ; une bonne infirmière remplira d'autant mieux sa tâche qu'elle la comprendra mieux. Voilà l'idée mère qui nous a guidé en proposant la création de ces écoles. De même qu'à Bicêtre et à la Pitié, les résultats de l'enseignement sont consacrés par la distribution de récompenses et la délivrance de diplômes. Voici le chiffre des diplômes obtenus par les élèves de l'école de la Salpêtrière depuis l'époque où, après tant de difficultés, nous avons obtenu l'autorisation de les délivrer, c'est-à-dire à la fin de l'année scolaire 1882-1883 :

1882-1883	13	
1883-1884	7	
1884-1885	24	
1885-1886	13	
1886-1887	62	
Total.	119	119

Si l'on ajoute à ce chiffre les diplômés (hommes et femmes) de l'école de Bicêtre, soit 71
et les diplomés des deux sexes de l'école de perfectionnement de la Pitie, soit 136
on arrive au chiffre total de 326

L'année scolaire 1886-1887 entre dans ce total pour 143.

Cette année a produit des résultats bien supérieurs à ceux de l'année précédente. Vous avez semblé réagir dans ces derniers temps contre des conseils néfastes. On essayait, en effet, de vous persuader que la laicisation des hôpitaux était une œuvre éphémère ; que la République disparaitrait et, qu'avec la monarchie, le clergé redeviendrait le maitre ; que les religieuses reprendraient les hopitaux qu'elles détenaient autrefois, mais qu'on ne toucherait pas aux laiques de la Salpêtrière et que par conséquent vous aviez intérêt à rester dans cette maison. De là certaine résistance rencontrée par l'Administration centrale pour avoir des suppléantes ou des sous-surveillantes dans cette école; de là aussi la résistance de certaines infirmières de tous grades à fréquenter l'Ecole.

Toutes ces insinuations sont fausses et vont entièrement contre vos intérêts. N'y ajoutez pas foi,et soyez bien convaincue que la République est plus inébranlable que ne le supposent et surtout ne cherchent à vous le faire croire nos ennemis communs.

C'est sans doute a ce revirement dans vos esprits, que, cette année, stimulées peut-être aussi par les instructions de M. Peyron, vous vous etes décidées, mesdames les sous-surveillantes et mes-

(1) Mlle Nicolle est entree comme sous-surveillante, le 19 mai 1850.

dames les suppléantes, à faire ce que nous vous conseillions depuis le commencement de l'école, c'est-à-dire à suivre les cours professionnels et à prendre part à toutes les compositions, dans le but d'obtenir votre diplôme et de ne pas rester inférieures aux infirmières qui sont placées sous vos ordres. Nous vous adressons nos plus vives félicitations.

Nous sommes ainsi appelé, monsieur le Directeur, à vous entretenir d'un point d'un réel intérêt et sur lequel il importe que nous entrions dans quelques détails ; c'est la situation des surveillantes, sous-surveillantes et suppléantes des établissements-écoles. Voici quelle est la situation à Bicêtre :

Sur 12 surveillants	Aucun diplômé.	
— 9 surveillantes	1 diplômé.	
— 18 sous-surveillants	4	—
— 16 sous-surveillantes	8	—
— 16 suppléants	4	—
— 8 suppléantes	4	—

A la *Pitié* nous avons :

Sur 8 surveillantes	Aucune diplômée.	
— 18 sous-surveillantes	11	—
— 6 suppléantes	5	—

A la *Salpêtrière* :

Sur 21 surveillantes	Aucune diplômée.	
— 72 sous-surveillants	6	—
— 28 suppléantes	5	—

Quelle est la conclusion à tirer de cette statistique? C'est que la proportion des sous-surveillantes et suppléantes diplômées, à la Salpêtrière, est inférieure à celle de Bicêtre et surtout de la Pitié; c'est qu'il est indispensable que, l'an prochain, les surveillantes, sous-surveillantes et suppléantes des trois établissements-écoles prennent une part encore plus active et plus régulière à l'enseignement professionnel. Vous connaissez maintenant la situation, monsieur le Directeur, à vous d'agir !

Voyons maintenant comment se comportent les infirmières de la Salpêtrière, par rapport à l'école. Alors qu'à la Pitié, et surtout à Bicêtre, la fréquentation de l'école et des cours professionnels est obligatoire, ici, sur 380 infirmières, 129 seulement profitent de l'enseignement. Nous comprenons très bien que les infirmières qui ont un certain âge, plus de 45 ans, par exemple, ne soient pas astreintes à suivre l'école, mais cela est inadmissible pour les autres, et surtout pour celles qui ont été prises comme infirmières depuis la création de l'école et surtout depuis 1885, époque où M. Peyron a décidé que les cours seraient obligatoires dans les conditions que nous venons d'indiquer et que l'on s'enquérerait du degré d'instruction des infirmières postulantes. En conséquence, nous estimons que les infirmières récalcitrantes devraient être mises en demeure de suivre les cours,(ou de permuter avec les infirmières des hôpitaux). Nous estimons aussi que les vacances qui se produisent, soit par décès, soit par sorties, volontaires ou non, ne devraient pas être comblées par des femmes illettrées. Le remède est tout trouvé : il suffit de faire appel aux infirmières de l'hospice d'Ivry, qui ont suivi les cours de Bicêtre, à celles, en plus grand nombre, de divers hôpitaux, qui ont fréquenté l'école de la Pitié, et même celle de la Salpêtrière.

Après une journée d'un dur labeur, malgré la distance, malgré la longueur et la rudesse de l'hiver, ces infirmières se sont rendues régulièrement aux leçons, prélevant ainsi, deux ou trois fois par semaine, plusieurs heures, soit sur le peu de liberté qui leur est donné le soir, soit sur leur temps de repos. Leur zèle mérite d'être récompensé et il est du devoir de M. Peyron d'épargner à toutes celles qui, comme elles, auront fait preuve de bonne volonté des fatigues aussi considérables et aussi inutiles. Le moyen est très simple, et nous allons l'indiquer. Il y a, à la Salpêtrière, nous venons de le voir, un nombre assez important, beaucoup trop, d'infirmières qui, suivant des conseils déplorables et dont elles subiront, et ce sera justice, les conséquences, refusent de fréquenter l'école primaire, dont elles ont pourtant grand besoin et d'assister aux cours professionnels et aux exercices pratiques. Eh bien ! M. le Directeur de l'Assistance publique, envoyez ces infirmières, qui ne veulent pas profiter des sacrifices faits par la Ville et par l'Administration, dans les hôpitaux où il n'y a pas d'écoles, et faites venir à leur place, ici, toutes les infirmières de bonne volonté. Une semblable mesure serait équitable et ne pourrait que recevoir l'approbation de tous ceux qui comprennent la nécessité d'avoir partout de bonnes hospitalières.

Du 1er août 1886 au 31 juillet 1887, il y a eu dans cet hospice cent onze mutations. Ce chiffre montre qu'il aurait été très facile d'utiliser les bonnes volontés dont nous venons de parler, de prendre les élèves externes de l'Ecole de la Pitié qui sollicitent leur admission comme infirmières dans les hôpitaux et enfin, de prendre par série, dans les autres établissements, les bonnes infirmières qui n'ont qu'une instruction insuffisante et qui, après une année d'école, pourraient faire d'excellentes sous-surveillantes.

Il faut que les éléments d'instruction, mis à la disposition du personnel secondaire des hôpitaux, par le Conseil municipal et par l'Administration, soient pleinement utilisés ; Il faut que l'enseignement professionnel fait par nos amis, les professeurs des trois écoles, avec tant d'habileté et de dévouement, produise tous les résultats qu'on est en droit d'en espérer ; il faut que nous arrivions, et le plus tôt sera le meilleur, à faire que les hôpitaux-écoles puissent faire face aux besoins du recrutement de tous les établissements hospitaliers. Tel est notre idéal, telles sont les intentions de M. Peyron, nous en avons la conviction. Les critiques que nous adressons au mode de recrutement des Infirmiers et des Infirmières sont beaucoup plus justifiées encore que l'on ne pourrait le supposer. Les candidats qui se présentent n'ont le plus souvent jamais soigné de malades. Eh ! bien, au lieu de les placer dans des postes faciles où ils puissent acquérir quelque expérience, on leur confie le service le plus délicat, le service de nuit. Voici, sur ce sujet, ce que nous disions en 1885, à la distribution des prix de l'École de la Salpêtrière :

« Durant la nuit, les grands malades exigent des soins tout aussi minutieux, sinon plus, que pendant le jour ; ils ont besoin de prendre les médicaments prescrits; ils ont besoin d'avoir les mêmes soins de propreté. Les convalescents, par exemple les typhiques, doivent être alimentés, soutenus, à des intervalles réguliers ; cette alimentation doit être surveillée avec la plus grande rigueur. Cet ensemble de soins exige des personnes instruites, expérimentées, d'autant plus que la nuit, malgré toute la bonne volonté du monde, les facultés intellectuelles sont moins éveillées ; on se trouve embarrassé en face d'incidents qui,le jour, ne nous causeraient aucun ennui. Eh bien, à quelles personnes confie-t-on ce service si difficile, si délicat ? Aux personnes les plus inexpérimentées. Jusqu'ici on ne s'est pas rendu un compte suffisant de la nécessité de réformer complètement ce service de nuit qui, tel qu'il est, a de déplorables conséquences. Un fonctionnaire hospitalier nous disait, il y a quelque temps, parlant d'une personne qui demandait une place d'infirmière : « Je ne puis la prendre comme infirmière de jour, parce qu'elle ne sait rien, n'ayant jamais soigné de malades; je la prendrai comme veilleuse. » Un autre fonctionnaire, résumant a cet égard, ce qui se fait dans tous les établissements, nous disait : « Ce sont les derniers venus, ce sont les dernières venues qui prennent la veille. »

La situation étant demeurée la même, nous l'avons encore signalée l'année dernière dans notre discours à l'Hospice de Bicêtre.

Les renseignements nouveaux que nous avons recueillis ici, a la Salpêtrière et a la Pitié, nous ont prouvé, avons-nous dit, que beaucoup d'infirmiers et d'infirmières avaient débuté, soit dans ces établissements, soit dans tous les autres hôpitaux, Hôtel-Dieu, Lariboisière, etc., comme veilleurs ou veilleuses, alors que ni les unes ni les autres n'avaient jamais auparavant donné de soins aux malades. C'est là une situation qui ne peut se prolonger. Il est du devoir de M. le Directeur de l'Assistance publique de prendre les mesures nécessaires pour y mettre un terme. Il y va de l'intérêt des malades, de l'économie de la vie humaine et, dussent les adversaires de la laïcisation protester encore une fois contre les dépenses qu'occasionnera peut-être cette réforme, il doit demander au Conseil municipal, s'il y a lieu, les crédits nécessaires.

A l'heure actuelle, ce service n'a pas été réformé, ce sont toujours les derniers ou les dernières venues qui font le service de veille. Nous savons qu'il s'agit là d'une transformation difficile et qui préoccupe M. Peyron. Plusieurs solutions se présentent : peut-être pourrait-on généraliser ce qui existe à l'hôpital des Enfants Malades et charger à tour de rôle les infirmières de chaque salle du service de nuit, en les mettant une semaine de jour, une semaine de nuit ; ou bien encore pourrait-on faire passer successivement dans ce service toutes les infirmières, toutes les suppléantes chaque fois qu'elles reçoivent de l'avancement. De la sorte, le service de nuit serait fait par un personnel déjà habitué au service des malades. Nous croyons que toutes accepteraient ; d'abord, parce qu'elles auraient de l'avancement, ensuite parce qu'elles sauraient que toutes leurs compagnes y passeraient ; enfin, parce qu'elles sauraient qu'elles ne seront chargées de ce service pénible que durant une courte période. Peut-être y a-t-il d'autres solutions et meilleures, c'est à M. le Directeur de l'Assistance publique d'examiner la question, d'expérimenter, s'il y a lieu, les projets que nous lui soumettons et, dans tous les cas, il y a des mesures sérieuses à prendre : la situation actuelle ne saurait se prolonger.

Nous avons parlé des *sous-surveillantes* et des *suppléantes* ; nous avons parlé des *infirmières*, disons maintenant un mot des *boursières*.

Vous vous souvenez qu'elles ont été créées afin de procurer plus promptement à l'Administration le personnel nécessaire à l'achèvement de la laïcisation. Et, comme elles n'avaient pas d'expérience pratique antérieure, il allait de soi qu'elles devaient, durant leur année de fonctions, passer dans tous les services de l'établissement-école auquel elles étaient attachées ; qu'elles devaient assister, sauf en cas de force majeure, avec la plus rigoureuse exactitude, à tous les cours professionnels ; qu'elles devaient enfin prendre part à toutes les compositions. Nous avons constaté, avec regret, que ces prescriptions n'avaient pas été toujours suivies. Il est encore temps, dans une certaine mesure, de réparer le mal, au moins sur

une partie de l'enseignement, en rapprochant les changements de service pour toutes les boursières diplomées, avant leur départ pour d'autres établissements.

Il était de notre devoir de vous présenter ces observations et de les porter à la connaissance de M. le Directeur de l'Assistance publique. Mais, cette partie ingrate et, nous dirons même « douloureuse » de notre tâche étant remplie, nous devons adresser des félicitations chaleureuses à toutes les sous-surveillantes, à toutes les suppléantes et à toutes les infirmières, qui ont mis un réel empressement à participer à l'enseignement primaire et professionnel, et vous ayant rappelé ce que l'Administration désire de vous, nous devons dire ce qu'elle a fait pour vous. Nous parlerons d'abord des *promotions*, puis de la *laïcisation*.

Trois sous-surveillantes ont été nommées surveillantes, — 5 suppléantes, sous-surveillantes; — 14 premières infirmières, suppléantes; — 12 infirmières de première classe ont été nommées premières infirmières et 17 infirmières ont été promues de la seconde à la première classe de leur grade.

M. Bourneville donne les renseignements sur la marche de la laïcisation.

Puisque nous vous avons parlé des maisons de secours, nous allons compléter nos renseignements en vous disant où en est la laïcisation en ce qui les concerne.

Les maisons de secours du XIII^e^ et du XX^e^ arrondissement ont été laïcisées le 1^er^ avril 1887, celles des VII^e^, X^e^, XV^e^ et XVIII^e^ arrondissements, le 1^er^ juillet 1887. — La laïcisation, décidée en principe pour les maisons de secours des I^er^, II^e^, IV^e^, IX^e^, XIV^e^ et XIX^e^ arrondissements, sera effectuée probablement avant la fin de l'année. Déjà quelques-unes des commissions administratives ont fait, pour cette réforme, des emprunts aux écoles d'infirmières. Nous espérons que M. Peyron voudra bien intervenir dans la mesure du possible afin que les Bureaux de bienfaisance prennent leur personnel laïque parmi nos élèves diplomées.

Un dernier fait mérite enfin de vous être signalé. L'Administration préfectorale de la Seine vient d'ouvrir le dépôt de Nanterre et, sur l'invitation du Conseil général, elle a confié l'infirmerie de cet établissement à deux élèves de l'école de la Pitié.

Vous avez manifesté certaine crainte, mesdemoiselles les infirmières, au sujet de la création des élèves boursières; les promotions qui ont eu lieu parmi vous, dans le courant de l'année, doivent vous rassurer. La réforme de la laïcisation est, d'ailleurs, loin d'être accomplie. Si nous voyons arriver avec la plus vive satisfaction son terme en ce qui concerne les établissements hospitaliers de Paris, grâce à M. Peyron, proclamons-le hautement, qui a plus fait et plus vite que ses prédécesseurs, il nous reste encore à étendre la laïcisation à l'infirmerie de la Santé, à la prison de Saint-Lazare, aux infirmeries des lycées et aux hôpitaux militaires, sans compter les établissements hospitaliers de la province.

Avant de terminer ce discours, laissez-nous profiter de la réunion dans cette enceinte des 143 diplômées de l'année, suppléantes ou sous-surveillantes de demain, pour compléter les conseils que nous avons déjà eu l'occasion de vous donner.

1° Tout d'abord, nous insistons sur la nécessité pour toutes celles qui seront l'an prochain dans les hôpitaux-écoles ou dans des hôpitaux voisins, de suivre les cours professionnels, afin d'être encore mieux en mesure de rendre tous les services que nous attendons d'elles, et, pour quelques-unes, de suivre régulièrement l'école primaire. Lorsque vos maitres se trouvent en face d'une bonne composition professionnelle, ils doivent la pointer, suivant son mérite, soit pour le diplome, soit pour les prix, que l'orthographe soit parfaite ou qu'il y ait plus ou moins d'incorrections. Nous savons bien que, malgré ces lacunes, votre instruction est supérieure à celle de la majorité des religieuses; mais cela ne suffit pas : il faut qu'au point de vue de l'instruction primaire, aussi bien qu'au point de vue professionnel, vous soyez non seulement au-dessus du niveau moyen des religieuses hospitalières, mais encore au-dessus même des religieuses, du reste, en nombre assez limité, qui possèdent une instruction convenable. Ces conseils s'appliquent et à des infirmières diplômées et à quelques-unes des boursières.

2° En second lieu nous comptons aussi sur vous pour perfectionner le personnel hospitalier. Vous devez faire profiter de l'enseignement que vous avez reçu les infirmiers et les infirmières qui sont ou seront bientot sous vos ordres en leur donnant des leçons pratiques, en les renseignant très exactement sur le fonctionnement de vos services, en les exerçant à faire les bandages, les pansements, etc. Déjà l'exemple de cet enseignement a été donné et nous devons une mention spéciale à deux sous-employés de Bicêtre, un surveillant, M. Lenglet, et une sous-surveillante M^me^ Jolliot, qui ont mis les élèves de leurs salles, par des exercices répétés, à même de subir brillamment leurs examens. Imitez leur exemple : l'Administration vous en saura gré et les malades en tireront bénéfice.

3° En *troisième lieu*, vous devez accomplir vos fonctions hospitalières de la manière la plus parfaite ; consacrer tout le temps réglementaire à votre service ; veiller avec l'attention la plus minutieuse à la propreté des salles, à la propreté des malades. Il faut que n'importe quel jour on puisse visiter vos services et les trouver parfaitement tenus sous tous les rapports. Vous devez distribuer à l'heure voulue et les médicaments et le linge et les aliments, en vous gardant de tout ce qui ressemble au favoritisme. Habituez-vous à observer soigneusement vos malades, afin de renseigner le médecin d'une manière claire, précise et sans phrases inutiles. Obéissez sans réticences aux ordres de l'Administration. Montrez-vous toujours réservées vis-à-vis des personnes sous vos ordres; soyez bonnes, dévouées et compatissantes envers vos malades. Evitez avec le plus grand soin de les entretenir de leur maladie, de leur en laisser deviner la gravité : tout bavardage, même inoffensif en apparence, peut avoir de déplorables conséquences. Ne vous immiscez jamais dans leurs affaires de famille ; ne voyez en eux que des êtres qui souffrent, qui ont besoin de vos soins et ne vous inquiétez jamais de savoir ni quel est leur état civil ni quelle est leur religion; en un mot, respectez leur liberté de conscience.

Sur ce sujet, en ce qui vous concerne personnellement, nous devons vous présenter quelques observations. Résistez, si telle est votre conviction, aux tentatives que l'on pourrait faire, soit pour vous pousser à assister aux cérémonies religieuses, soit pour prendre part à des quêtes occultes qui sont formellement interdites par M. le Directeur de l'Assistance publique. Il ne faut pas qu'on voie, ici ou ailleurs, des surveillantes conduire en troupe à l'église leurs infirmières et signaler comme des brebis galeuses, comme des incapables ou comme de mauvaises hospitalières celles qui refusent de s'associer à leurs superstitions.

Si vous vous mariez, faites suivant conscience, agissez sans crainte, et n'obéissez pas aux suggestions de ceux qui vous pousseraient à des pratiques auxquelles vous ne croyez pas, sous le prétexte fallacieux que votre avenir est en cause. Sur ce point, soyez persuadées que nous exprimons les opinions de M. le Directeur de l'Assistance publique. Jamais il ne tolèrera que les Directeurs des hôpitaux exercent une pression religieuse ni sur vous ni sur les malades; loin de là, il les blâmerait s'ils se le permettaient.

Si vous suivez mes conseils, vous serez des hospitalières modèles, des laïques parfaites, vous désarmerez vos ennemis, et vous conquérerez l'estime et la considération de tous les honnêtes gens.

Après ce discours il a été procédé à la distribution des récompenses. Parmi les donateurs qui ont augmenté les récompenses accordées par la ville nous citerons : M^me^ Charcot, M^me^ Liouville, M^me^ Letulle, M^me^ A. Blocq, M. Charcot, M. le D^r^ Molloy, M. le D^r^ Clin, M. le D^r^ J. Falret, M. le D^r^ Monod, M. Laurent-Richard, M. Yvon, les professeurs de l'Ecole, les internes en médecine, les internes en pharmacie, M. le Directeur de l'Assistance publique, M. Bourneville.

Des séances publiques d'hypnotisme.

Plusieurs journaux ont reproduit dans ces derniers temps des arrêtes municipaux interdisant les séances publiques de somnambulisme et d'hypnotisme. Quelques-uns ont aussi reproduit les passages d'une lettre sur cette question adressée par M. Charcot à M. le D^r^ Melotti. Nous croyons utile de placer sous les yeux de nos lecteurs le texte complet de cette lettre.

Mon cher Melotti,

A propos de la publication prochaine des leçons que vous avez bien voulu recueillir, et où il est très souvent question d'*hypnotisme*, vous me priez d'exprimer mon avis concernant les mesures restrictives récemment prises en Italie, à l'égard des représentations publiques des magnétiseurs. Je ne suis pas fâché, je vous l'avoue, de saisir l'occasion que vous m'offrez de déclarer hautement que, dans mon opinion, la suppression des spectacles de ce genre est chose excellente et parfaitement opportune.

C'est qu'en effet les pratiques d'hypnotisation ne sont pas, pour le sujet mis en jeu, tant s'en faut, toujours innocentes, comme on le croit trop généralement peut-être. Or, il est clair qu'une étude clinique approfondie, et, par conséquent, nullement à la portée des amateurs peut seule, sur ce point, établir les indications et les contre-indications, ou, en d'autres termes, faire connaître et préciser les conditions où l'on peut agir sans inconvénient pour le sujet sur lequel on opère, et celles où, au contraire, il convient de s'abstenir.

Mais ce n'est pas tout : Il est parfaitement établi aujourd'hui que la *propagation vulgaire* de l'hypnotisme peut être suivie

chez les assistants eux-mêmes, d'accidents soit immédiats, soit à longue échéance, plus ou moins sérieux, si non tout à fait graves.

N'avez-vous pas vu, par exemple, récemment, chez vous, les représentations théâtrales du somnambulisme, provoquer, semer le levain de l'hystérie à Turin, à Milan, et dans nombre de villes encore? Et si, après mes leçons, il était besoin de démontrer la fréquence de cette névrose même chez l'homme, il suffirait de se reporter aux communications de M. le Dr Lombroso, et à la discussion qu'elles ont fait naître au sein de votre Conseil sanitaire. Il ne faut pas l'oublier, l'état hypnotique confine de très près à la névrose hystérique et, dans de certaines conditions, celle-ci se montre éminemment contagieuse; entre mille exemples du genre, notre leçon consacrée à montrer le développement d'une petite épidémie hystérique à la suite des manœuvres du spiritisme, pourrait, au besoin, servir à la démontrer.

Mais je ne veux pas plus m'étendre et entrer en ce moment dans une discussion en règle. Je crois en avoir dit assez pour justifier pleinement l'opinion que je viens de formuler, et je terminerai en émettant le vœu que les sages mesures prises récemment en Italie soient au plus vite adoptées en France.

Au nom de la science et de l'art, la médecine a enfin, dans ces derniers temps, pris définitivement possession de l'hypnotisme; et c'était de toute justice, car elle seule peut savoir l'appliquer convenablement et légitimement, soit au traitement des malades, soit aux recherches physiologiques et psychologiques: Dans ce domaine récemment conquis, elle veut désormais régner en Maîtresse absolue et jalouse de ses droits, elle repousse formellement toute intrusion.

Croyez à mes meilleurs sentiments. CHARCOT.

Paris, le 9 janvier 1887.

La Commère médicale.

On se figure généralement que toutes les causes des maladies et leurs complications sont enseignées à la Faculté de médecine. C'est une erreur. Les pathologistes ont omis de signaler un être qui, pour ne pas appartenir à l'ordre des vulgaires microbes, tributaires du microscope, n'en est pas moins dangereux. Il a forme humaine, chair et os: c'est la commère. On la rencontre partout, la commère médicale; et, si malheureusement vous ne la distinguez pas toujours, le médecin, lui, ne s'y trompe pas. Il la considère, auprès du malade, comme une sérieuse aggravation du mal, et se prépare, dans l'intérêt du patient, à soutenir une lutte. Il diagnostique la commère, il l'entrevoit, il la devine. Elle a beau le flatter. Il sent qu'elle est son plus terrible et son plus insupportable adversaire.

Cette commère n'appartient guère à une classe de la société plutôt qu'à une autre. Laide ou jolie, blonde, brune ou rouge, jeune ou vieille, pauvre ou riche. Le plus souvent pourtant, son éducation a été fort négligée. Mais la bonne éducation n'est pas, tant s'en faut, exclusivement l'apanage de la classe riche.

Généralement, il faut le dire, elle est vieille et ridée, très maigre ou très grosse. C'est surtout pour soigner les enfants que la nature a donné à la commère de brillantes aptitudes. Elle s'y entend: si un enfant a un brin de fièvre, elle craint presque toujours une méningite, et, lorsqu'elle a prononcé ce mot, elle s'y cramponne, *mordicus*. Elle donne les premiers soins. Le plus souvent, elle fait administrer un vomitif pour « faire sortir les glaires » (quelquefois elle dit: les *glaireuses*). Dans un cas de scarlatine ou de rougeole au début, elle a eu la précaution d'appliquer des compresses d'eau *sédative* froide sur la tête et aux poignets.

Pendant que vous auscultez votre petit malade, qui a une fluxion de poitrine, elle fait des signes de compétence aux personnes de l'entourage, rompt le silence: « N'est-ce pas, monsieur, que c'est une méningite? » Naturellement, vous ne répondez rien. — « Ça vient des dents, n'est ce pas, docteur? » Elle s'acharne, vous presse de questions. Votre silence est une preuve de votre incapacité. Vous tâtez le pouls, elle vient se placer à côté de vous, vous pousse le coude, vous lance des regards désespérés pour que vous lui donniez raison. Vous êtes tout à votre malade; vous la voyez sans la regarder.

Vous avez dédaigné son opinion: son amour-propre est blessé. Gare à vous! Elle suit la plume qui écrit l'ordonnance, frappe doucement la hanche de sa voisine, fait mille petits gestes de doute atténués. Elle suit dans l'escalier le médecin qui la fuit, descend aussi vite que lui, ne le « lâche » que dans la rue pour être bien sûre qu'il est parti. Pourvu, le malheureux, qu'il ne se heurte pas à une seconde commère! Puis elle remonte rapidement l'escalier pour transmettre sa mauvaise impression.

Quand vous revenez, le lendemain, on vous reçoit avec froideur. Il n'y a pas de doute: l'ordonnance n'a pas été exécutée. La commère a donné l'adresse d'un autre médedin — du sien — qui, pour sûr, les guérit, les méningites. En attendant, elle a fait mettre un vésicatoire sur le bras gauche, fait rechercher des pattes de taupes *terreuses*, qu'elle pose sur la poitrine et fait égorger un pigeon qu'elle applique tout chaud sur la tête de l'enfant. A peine êtes-vous parti, un confrère arrive... Il y a des médecins, il faut le dire, qui guérissent toujours les méningites... La commère vous fait dire qu'il est inutile de revenir, le malade allant mieux. Elle triomphe. Ce qui n'empêche pas le pauvre petit de mourir de la fluxion de poitrine qu'elle a horriblement compliquée. Mais c'est toujours la faute du premier médecin... Et patati... et patata. .

Celle-là, c'est la commère, tout simplement importante. Cette forme est relativement bénigne. Là où la commère revêt un caractère de gravité et de malignité véritables, c'est lorsqu'elle se charge, à elle seule, du traitement d'un malade.

C'est la commère consciencieuse, qui croit en elle. Elle est, sans contredit, la plus redoutable. Elle a été le plus souvent bonne chez un médecin, chez une sage-femme, ou fille de salle dans un hôpital. Elle raconte à qui veut l'entendre qu'elle faisait les consultations. Ou bien elle a une cousine qui a failli être reçue herboriste; a connu, dans sa jeunesse, un dentiste; a gardé un malade pendant plusieurs nuits; ou a été gouvernante chez un vieux curé qui avait une *gastrique*. Oh! la *gastrique!* Elle la connaît. Elle connaît, d'ailleurs, toute la médecine, et les médecins ne sont que des ânes. Ses diagnostics sont vite faits: « C'est le sang et les nerfs. On a trop de sang, ou les nerfs sont plus forts que le sang... le sang s'est tourné... Pourvu qu'il ne monte pas au cœur... » Quand elle voit la situation d'un malade qu'elle a *entrepris*, désespérée, elle se décide à laisser appeler le médecin, qui a toujours tué le malade. Si, au contraire, le malade a suivi un traitement sérieux, qui l'a mis en bonne voie, elle intervient, fait prendre de la tisane de mauves, et une amélioration se manifestant, c'est elle qui a guéri le malade. Elle va le conter à toutes les portes. Sans elle... Aussi, voyez-vous, il n'y a de bon que la tisane de mauves. D'abord, « ça fait aller. »

C'est de cette catégorie que se rapproche la fanatique. Celle-ci, par exemple, voulant suppléer à l'insuffisance du chirurgien, soulèvera les bandelettes de taffetas, dont on recouvre les yeux, après l'opération de la cataracte, pour instiller quelques gouttes d'eau de Lourdes, ainsi que nous l'avons vu il y a quelque douze ans, à l'Hôtel-Dieu.

Si vous saviez le mal que font les commères, surtout aux enfants, en s'adressant aux jeunes mères, qui n'ont pas encore acquis d'expérience et qui suivent les conseils de toutes les « bonnes femmes » qui jouent, souvent à leur insu, un si mauvais rôle! Quand, auprès de votre enfant malade, vous soupçonnez une commère, madame, recommandez-lui de bien soigner les repas de son mari, si malheureusement pour lui, elle est mariée. Pour peu qu'elle insiste, dites-lui simplement d'aller, en passant par l'Ecole de Médecine, voir si vous êtes sur la tour Eiffel. Dr Emile DUBOIS.

Technique dentaire. — Carie dentaire.

La carie dentaire est une affection désagrégeante des tissus des dents qui procède de l'extérieur à l'intérieur. Elle est d'origine chimique, suivant les uns, microbienne suivant les autres. Ce sont actuellement les deux théories possibles et qui se font échec. Pour qui a suivi les expériences des différents auteurs, il est plus plausible d'admettre que la carie dentaire débute par un ramollissement des tissus, dû à une cause chimique, et que les microbes dans un terrain qui leur est propice se développent au milieu de la dentive dissociée et pénètrent même assez profondément les canalicules dentinaires sains.

Peu importe l'étiologie de la carie dentaire, il n'en est pas moins vrai que cette maladie attaque toutes les dents temporaires et permanentes. L'émail disparaît, la dentive s'attaque à son tour, se ramollit, devient jaune noirâtre, et, si la main du chirurgien ne vient intervenir, la pulpe dentaire, organe éminemment vasculaire et nerveux, qui occupe la cavité centrale de la dent, se trouve exposée bientôt au contact de l'air extérieur, subit les changements brusques de température, s'irrite sous leur influence ainsi que sous l'action de la mastication et des débris alimentaires qui la compriment, s'enflamme, suppure, se gangrène, et par continuité communique au périoste de la dent son état inflammatoire. Une carie laissée à elle-même engendre donc une *pulpite* d'abord et une *périostite* (periodontite) avec toutes leurs conséquences.

Il ne sera point parlé de ces complications dans cet annexe, mais seulement des cas susceptibles d'être guéris rapidement et sûrement par un manuel opératoire simple.

Plusieurs auteurs ont cru bon de faire des classifications sur l'ordre et la fréquence de la carie. C'est un travail long, pénible, mais qui, comme la statistique en médecine, ne donne que des résultats approximatifs.

Il faut se rappeler que la dent étant un produit de l'économie;

toutes et quantes fois, une cause morbide quelconque détermine, au moment du développement des dents dans l'organisme, soit dans la vie intra-utérine, soit pendant la vie extra-uterine, une diminution des sels de chaux ; un défaut de calcification se manifestera d'une façon ou d'une autre dans l'appareil dentaire.

Chez les uns, les dents d'un blanc-bleuâtre seront crayeusement friables ; chez d'autres, quelques dents seront atrophiques, ou alors présenteront des traces d'érosion plus ou moins profondes et à des niveaux différents, etc., etc.

Suivant qu'une dent est plus ou moins compacte, et qu'elle ne présente extérieurement aucune imperfection ou bien qu'elle en offre au contraire, elle se cariera difficilement dans le premier cas, et plus facilement dans le second.

Les parties des dents qui sont atteintes par la carie sont :

1° Les faces contiguës ou interstitielles, c'est-à-dire les deux faces qui se touchent. Entre deux dents, existe au niveau de la gencive un espace triangulaire dans lequel se logent les débris alimentaires. Ceux-ci n'en sont point toujours extraits par les soins de bouche ; ils fermentent, s'acidifient, et au bout d'un temps de contact plus ou moins prolongé avec les dents, celles-ci, là où l'émail est le moins dense, se ramollissent peu à peu et se laissent facilement pénétrer par la pointe d'un instrument. C'est le début de la carie qui s'augmentera rapidement et deviendra douloureuse à cause du voisinage de la pulpe. — MILLER, *de Berlin*, a reproduit artificiellement ce genre de carie.

2° Les *faces triturantes*. — Ce n'est guère que sur les molaires que se trouve cette carie. Les faces triturantes présentent des tubercules entre lesquels existent des sillons plus ou moins profonds. A peine dessinés chez une dent à bonne conformation, ils sont au contraire très accentués sur les dents à calcification défectueuse. Cela tient à ce que l'émail présentant certaines imperfections de structure, manquant quelquefois même complètement, ne protège qu'inégalement la dentive qui, souvent même, se trouve exposée directement à une cause altérante quelconque venant à survenir. Le travail de la carie se fait en profondeur et en largeur, et le malade n'arrive souvent à s'apercevoir que sa dent est profondément atteinte, qu'au moment où la couronne de celle-ci vient à s'effondrer sous les efforts de la mastication. Le praticien doit se défier des sillons noirâtres des molaires et des petits pertuis où la sonde pénètre. Ce sont des caries commençantes qui deviennent d'autant plus rapide, que les débris alimentaires s'y tassent chaque jour et entretiennent l'état de *fermentation* et ses suites. En taillant largement dans ces caries, qui ne sont pas douloureuses ordinairement, l'on peut sauver nombreuses molaires, comme nous l'indiquerons plus loin. Ces caries affectent ordinairement une forme sphéroïdale, ainsi que celles des faces contiguës.

3° Les *faces vestibulaires*, c'est-à-dire les parois de la couronne de la dent, faisant face au vestibule de la bouche, compris lui-même, entre les arcades alvéolaires des mâchoires d'une part, et les joues de l'autre.

Les caries affectant ces faces se trouvent presque toujours, pour ne pas dire toujours, au niveau du collet de la dent, près du bord libre de la gencive. Les molaires offrent quelquefois des points de carie au centre de la face vestibulaire de leur couronne, sur le sillon de séparation.

Les caries du collet ont une forme particulière telle, que certains auteurs les ont désignés sous le nom de carie en *coup d'ongle*. L'émail de ces dents, en effet, et la dentive sous-jacente paraissent avoir été enlevés d'une seule fois, et la forme de la cavité offre le même aspect que les traces d'un coup d'ongle sur la *peau* ou sur un *fruit* par exemple.

L'émail est quelquefois seul disparu, et la dentive apparait jaunâtre ; il n'y a pas à proprement parler de cavité, c'est le début de la carie. La dent n'est guère sensible qu'au contact de la brosse, du cure-dent, ou d'un instrument. Plus tard, la dentive s'altérant, la dent devient douloureuse aux changements de température, le froid l'incommode surtout, la pulpe dentaire étant proche.

4° Les *faces buccales* sont aussi sujettes aux caries du collet, mais moins cependant que les vestibulaires, à cause du balayage continuel de ces parties, par la langue.

La plus sensitive des somnambules.

Il y a quelques jours, dit le *Mémorial de la Loire*, plusieurs journaux de Saint-Etienne et de Lyon publiaient, à leur quatrième page, une annonce ainsi libellée :

« Mme Claudia, la plus sensitive somnambule du monde, infaillible dans ses consultations. Accompagnée du Dr Antonio Renseigne sur tout : cartes, lignes de la main et magnétisme. Moyen de réussir. Prix mod. S'adr., etc., etc. Correspondance. »

La plus sensitive des somnambules, personne déjà sur le retour, a comparu samedi dernier, en compagnie du Dr Antonio, devant le tribunal correctionnel de Saint-Etienne, pour délit d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Mme Claudia allègue pour sa défense, que les remèdes ordonnés par elle n'ont jamais nui à personne. Au contraire, ils ont souvent été efficaces ainsi que l'atteste des certificats.

Quant à Antonio, à qui on reproche d'avoir usurpé le titre de docteur, il prétend que le Dr de l'annonce insérée dans les journaux signifiait : « Directeur. » Il était le « directeur » de Mme Claudia, de même que M. Carvalho était le directeur de Mlle Van Zandt ou que M. X... est le directeur d'une ménagerie quelconque.

Malgré une plaidoirie de Me Gay, Mme Claudia est condamnée à 50 francs et M. Antonio à 100 francs d'amende. (*La Lanterne*, 18 août 1887).

La soixante-dixième réunion de la Société helvétique des sciences naturelles, à Frauenfeld.

La réunion annuelle des naturalistes suisses a eu lieu cette année à Frauenfeld, canton de Thurgovie; une centaine de géologues, botanistes, physiciens, chimistes, etc., s'y sont rencontrés. Parmi les savants étrangers qui s'étaient rendus à Frauenfeld, nous citerons MM. His et Wislicenus (de Leipzig), qui, tous deux, ont débuté comme professeurs en Suisse ; Gariel (de Paris), secrétaire général de l'association française pour l'avancement des sciences ; Villanova (de Madrid).

Les principales communications ont été faites par MM. His (*première apparition des nerfs chez l'homme*) ; Schinz (de Zurich) (*voyage d'exploration au sud-ouest de l'Afrique*) ; C. Keller, dont les recherches sur la *flore* et la *faune de Madagascar*, confirment les découvertes de Darwin ; Renevier (de Lausanne) (*constitution géologique des Alpes*) ; Imhof (*faune microscopique des lacs des hautes altitudes*) ; Wislicenus (*de l'isomérie*) ; Forel (*sur la couleur des lacs*) ; Studer (de Berne) (*sur l'anatomie et la classification des coraux*) ; L. Soret (*de la région ultra-violette du spectre solaire*.)

L'ivrognerie et les hôpitaux d'ivrognes en Amérique.

Dans un travail lu à la Société pour l'étude de l'ivrognerie, Croothers rapporte l'origine de l'ivrognerie considérée comme maladie à Benjamin Rush, ainsi que la première application pratique de traitement dans une maison spéciale, à Turner, du Maine. Il y a maintenant 50 hôpitaux pour ivrognes avec plus de 1000 malades ou les 1000 environ qui sont traités dans leur famille. La plupart de ces cas ont été reçus dans les hôpitaux après que toutes les méthodes de traitement ont été épuisées, et la plupart remontaient de 5 à 30 ans. L'expérience du traitement scientifique a été très encourageante. Dans 3000 cas, 35 0/0 de ceux qui sont restés en traitement au moins un an ont été guéris d'une façon définitive. Le Dr Croothers a remarqué la plus grande intensité de l'ivrognerie en Amérique qu'en Angleterre, ce qui tiendrait à la plus grande suractivité des fonctions nerveuses. Il a exposé l'inanité des prétentions des soi-disant cures et antidotes et a insisté sur le besoin d'une étude spéciale des particularités de chaque cas pour leur traitement strictement scientifique (*Brit. med. Journal*, p. 139, 1887.)

Circulaire relative aux dispenses des droits d'inscription. Répartition du dixième.

Paris, le 4 août 1887.

Monsieur le Recteur,

La première application de la loi du 26 février 1887, qui a rétabli les droits d'inscription dans les Facultés, et du décret du 31 mars dernier qui a déterminé les formes dans lesquelles la dispense de ces droits pourrait être accordée à un dixième des étudiants, a permis de constater que dans certains ordres d'établissements, le nombre des demandes de dispense avait été sensiblement inférieur au nombre des dispenses qui pouvaient être accordées, alors que, dans d'autres établissements, il avait été impossible d'accueillir toutes les demandes justifiées, en restant dans la limite du dixième fixé par la loi. Dans ces conditions, je crois être l'interprète fidèle de la pensée du législateur, en modifiant, sur un point, la procédure précédemment suivie pour fixer le chiffre des dispenses facultatives. On l'avait, jusqu'ici, fixé par établissement en prenant pour base de calcul le nombre des étudiants astreints au droit d'inscription dans chaque établissement ; il sera encore fixé par établissement, mais il pourra, suivant les besoins, être inférieur ou supérieur au dixième des étudiants astreints au droit d'inscription dans chaque Faculté ou Ecole. Le total des dispenses possibles ne devra dépasser, dans chaque Académie, le dixième des étudiants astreints au droit d'inscription dans l'ensemble des Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur de cette Académie.

Vous voudrez bien inviter le Conseil général des Facultés à me proposer, dès les premiers jours de l'année scolaire, une répartition de ce chiffre entre les différentes Facultés et Ecoles.

Dans les Académies où se trouvent des Facultés entretenues par les villes, des Ecoles préparatoire ou de plein exercice de médecine et de pharmacie, le dixième continuera d'être fixé, pour

chacun de ces établissements, conformément aux instructions du 1er avril 1887, et la répartition que le conseil général aura à me proposer ne pourra porter que sur les établissements entretenus aux frais de l'Etat.

En ce qui concerne les Ecoles préparatoire et de plein exercice de médecine et de pharmacie, je vous prie de rappeler aux directeurs que la concession des dispenses est subordonnée à un vote préalable du Conseil municipal.

Recevez, monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre de l'Instruction Publique des Cultes et des Beaux-Arts,
E. SPULLER.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 14 août 1887 au samedi 20 août 1887, les naissances ont été au nombre de 1221, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 437 ; illégitimes, 173. Total, 610. — *Sexe féminin* : légitimes, 449 ; illégitimes, 162. Total, 611.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 août 1887 au samedi 20 août 1887, les décès ont été au nombre de 885, savoir : 463 hommes et 422 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 11. T. 18. — Variole : M. 5, F. 6, T. 11. — Rougeole : M. 6, F. 6. T. 12. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 0, F. 6. T. 6. — Diphthérie, Croup : M. 8 F. 10, T. 18. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 106, F. 71. T. 177. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 7. T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 10, F. 35. T. 45. — Méningite simple : M. 10, F. 22. T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 13, F. 15. T. 28. — Paralysie : M. 2, F. 1. T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 1. T. 2. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 24. T. 47. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 4 T. 10. — Bronchite chronique : M. 13, F. 11. T. 24. — Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 6. T. 15. — Pneumonie M. 25, F. 14. T. 39. — Gastro-entérite, biberon : M. 50, F. 58. T. 108. — Gastro-entérite, sein : M. 25, F. 15. T. 40. — Autres gastro-entérite : M. 6, F. 8. T. 14. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 9, F. 7, T. 16. — Sénilité : M. 7, F. 16. T. 23. — Suicide : M. 17, F. 4. T. 21. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4. T. 14. — Autres causes de mort : M. 70. F. 48. T. 118. — Causes restées inconnues : M. 8 F. 3. T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 10. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 23 ; illégitimes, 7. Total : 30.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. KILLIAU est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef des travaux pratiques du laboratoire de géologie à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — La chaire de physique de ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à partir du 12 de ce mois, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. — Sont maintenus, pendant l'année scolaire 1887-1888, à ladite Faculté : MM. BUISINE, docteur ès sciences physiques, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de chimie ; PAILLOT, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. RIGOLLOT, licencié ès sciences physiques, est maintenu pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés pour deux ans à ladite Faculté : *Chefs de clinique médicale*, MM. MARTINET et DURAND-FARDEL, docteurs en médecine, en remplacement de MM. Siredey et Capitan, dont le temps d'exercice est expiré ; — *Chefs adjoints de clinique médicale* MM. CARON DE LA CARRIÈRE et PIGNOL, docteurs en médecine ; — *Chef de clinique chirurgicale*, M. BEURNIER, docteur en médecine, en remplacement de M. Ménard, dont le temps d'exercice est expiré ; — *Chef adjoint de clinique chirurgicale*, M. MICHAUX, docteur en médecine ; — *Chef de clinique des maladies du système nerveux*, M. GILLES DE LA TOURETTE, docteur en médecine, en remplacement de M. Babinski, dont le temps d'exercice est expiré ; — *Chef adjoint de clinique des maladies du système nerveux*, M. BERBEZ, docteur en médecine ; — *Aides d'anatomie* pour une période de quatre années), MM. JONESCO, CHEVALLIER, RIEFFEL, LEGUEN, REGNAULD et ROLLIN, en remplacement de MM. Hallé, Valin, Clado et Mérigot de Treigny, démissionnaires, et de MM. Hartmann et Lejars, appelés à d'autres fonctions ; — *Aides d'anatomie provisoires* (pour une année), MM. VALAT, DEBOUL et RUMORET. — M. BUDIN, agrégé près ladite Faculté, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de *clinique obstétricale*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Sont nommés pour deux ans, à la Faculté mixte de médecine de Montpellier : *Aide de physique* : M. ROBY, bachelier ès lettres et ès sciences, en remplacement de M. Caunac, dont le temps d'exercice est expiré ; — *Aide de chimie* : M. MASSAL, bachelier ès lettres et ès sciences ; — *Aide d'histoire naturelle* : M. ZALESKI, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, en remplacement de M. Gaziglia, dont la délégation est expirée ; — *Aide d'histologie* : M. ARRIVAT, bachelier ès lettres, en remplacement de M. Masméjean, dont la délégation est expirée ; — *Aide de physiologie* : M. CANNAC, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, en remplacement de M. Abelons, dont la délégation est expirée ; — Sont nommés, à la Faculté de médecine de Montpellier : *Aide d'anatomie* pour deux ans : M. MOURET, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, en remplacement de M. Batigne, dont le temps d'exercice est expiré ; — *Aide d'anatomie* pour un an : M. CASTAN, bachelier ès lettres et ès sciences restreint ; — *Aide de médecine opératoire* pour deux ans : M. TEULON, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, en remplacement de M. Castagné, dont la délégation est expirée.

ECOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT. — M. Edmond NOCARD, professeur de clinique chirurgicale, membre de l'Académie de médecine, est nommé directeur de l'Ecole d'Alfort, en remplacement de M. Goubaux, admis, sur sa demande, à la retraite. M. GOUBAUX est nommé directeur honoraire.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira le 20 février 1888, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. NOGUES, professeur de clinique interne à ladite Ecole, est nommé professeur honoraire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira le 1er mars 1888, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Kiew.* — M. REIN, professeur extraordinaire d'obstétrique et de gynécologie, a été nommé professeur ordinaire. — *Faculté de médecine d'Iéna.* — M. SIMON a été nommé privat-docent d'anatomie.

CHOLÉRA. — Les nouvelles du choléra en Italie sont contradictoires, et le chiffre des cas et des décès n'est donné qu'irrégulièrement par les journaux italiens. Il semble, toutefois, que l'épidémie est en décroissance, ou tout au moins stationnaire en Sicile et à Naples. A Rome, on aurait signalé un cas suspect.

DON. — M. VERCAMER, ancien interne en pharmacie de l'hospice de la Salpêtrière, vient de faire don à la bibliothèque des internes en pharmacie de cet hospice, d'une magnifique collection de produits de matière médicale, comprenant plus de six cents échantillons.

HÔPITAL POUR LES MALADIES INFECTIEUSES. — Il est maintenant évident que les diverses autorités d'Ecosse sont d'avis d'avoir un aménagement convenable pour recevoir et traiter les cas de maladies infectieuses pendant les épidémies aussi bien qu'à l'ordinaire. Cette semaine les commissaires de la police de Paisley ont approuvé les plans pour ajouter à l'hôpital des aménagements dans ce but, qui coûteront environ 100,000 francs (*Brit. med. Journal*, p. 143, 1887.)

SUPERSTITION DANS LE DEVONSHIRE. — Il est à peine croyable qu'à cette époque d'éducation nationale on trouve des personnes qui sont encore assez folles pour recourir à ces individus, nommés *charmeuses*, pour se guérir de leurs infirmités. Or un journal rapporte récemment un cas dans lequel un fermier de Cornwood dans le Devonshire, s'étant coupé quelques vaisseaux sanguins du poignet avec sa faux, ses amis appelèrent à son aide un homme et sa femme, qui possédaient une réputation pour « charmer » les hémorrhagies. Les artères cependant continuant à donner malgré la cérémonie, le pauvre homme demanda à entrer à l'hôpital de Plymouth, à 8 milles de là. Mais arrivé à mi-chemin il mourut (*Med. press.*, t 2, p. 40, 1887).

UN ALIÉNÉ DANGEREUX EN LIBERTÉ. — Un terrible drame a été accompli le 9 juillet près de Rathfriland par un homme qui était depuis un an dans un asile d'aliénés. Il entra dans un cottage,

menaça une vieille femme, tua deux chèvres près de la porte, puis se précipita au milieu de travailleurs dans un champ, frappant à droite et à gauche avec une faucille. Il tua raide deux individus, en leur séparant presque la tête du tronc, puis en blessa trois autres assez grièvement pour que l'un ait déjà succombé et qu'on n'ait pas d'espoir pour les deux autres. La police trouva le fou se tenant dans un lac, plongé dans l'eau jusqu'au cou. Il fut pris avec beaucoup de difficultés (*Brit. med. Journal*, p. 143, 1887.)

NÉCROLOGIE. — Dr PINET (de Pont-de-l'Arche). — Dr GIRAUD-TEULON, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie. Parmi ses principales publications, nous citerons : *Principes de mécanique animale*, 1858; — *Physiologie et pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire*, 1861 ; — *Leçons sur le strabisme et la diplopie, pathologie et thérapeutique*, 1863 ; — *Précis de la réfraction et de l'accomodation de l'œil*, 1865 ; — *L'œil*, 1878 ; — *La vision et ses anomalies*, 1881.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

BOUCHARDAT (A). — Traité d'hygiène publique et privée, basée sur l'étiologie. Volume in-8 de CCXLIX, — 1096. — Prix : 18 fr.

MARTINEAU (L.). — Leçons sur la thérapeutique de la métrite. Brochure in-8 de 124 pages. — Prix : 3 fr.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

BLANC (E.). — L'ophthalmoplegie nucléaire. Brochure in-8 de 27 pages.

BOMPART (H.). — Les familles d'épileptiques. Brochure in-8 de 72 pages, — Bordeaux, 1887. Imprimerie Gounouilhou.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS (Livre publié par la) à l'occasion du cinquantième anniversaire de sa fondation. Volume in-8 de 412 pages. — Anvers 1887. Imprimerie Buschmann.

CARVALHO (J.-P. de). — Contribution à l'étude de la paralysie spinale aiguë de l'adulte. Brochure in-8 de 29 pages. — Rio-de-Janeiro, 1887. Imprimerie A. de Castro Silvo et Cie.

MÉGEVAND (A.). — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voûte du pharynx. Volume in-8 de 194 pages, avec deux planches. — Genève, 1887. Imprimerie Rivera et Dubois.

BARTHE de SANDFORT. — Du bain de boues chez certains rhumatisants cardiopathes. Brochure in-8 de 24 pages, avec 18 figures. — Bordeaux, 1887. Imprimerie G. Gounouilhou.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

PERRET (S.). — Clinique médicale de l'Hotel-Dieu de Lyon. Volume in-8° de 503 pages. — Prix : 8 fr.

ROSENWALD. — Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique. 1re partie ; Classement par ordre alphabétique des noms des médecins et pharmaciens de France et des colonies. — 2e partie : Classement des médecins et pharmaciens de Paris par quartiers, des départements et colonies par cantons, avec le chiffre de la population pour chaque division. Volume in-18 de 708 pages. — Prix : 4 fr. 50

SAINT-BARTHOLOMEWS HOSPITAL REPORTS. — Edited by CHURCH and LANGTON. Volume in-8° cartonné de 455-108 pages. — London, 1886. — Smith Elder et Ce.

TRANSACTIONS OF THE ASSOCIATION OF AMERICAN PHYSICIANS. — *First session.* — Washington, 1886. — Volume in-8° cartonné de 251 pages et une planche hors texte. — Philadelphia, 1886 — J. Dornan.

FREIRE (D.). — Notice sur la régénération de la virulence des cultures atténuées du microbe de la fièvre jaune. Brochure in-12 de 8 pages. — Rio-de-Janeiro, 1886. — L'*Etoile du Sud*.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

SANCHEZ-TOLEDO. — Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire. Volume in-8 de 147 pages, avec 5 planches en chromo-lithographie, hors texte.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine.

QUINCEROT (Ch.-L.). — Manuel de thérapeutique dentaire spéciale et de matière médicale appliquée à l'art dentaire, suivi d'un formulaire à l'usage des praticiens. Volume in-18 de 74 pages.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

FONTAN (J.) et SÉGARD (Ch.). — Eléments de médecine suggestive. Hypnotisme et suggestion. Faits cliniques. Volume in-18 de 306 pages. — Prix : 4 fr.

FRANÇOIS-FRANCK. — Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (Réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale, précédé d'une préface du professeur Charcot. Volume in-8° de 571 pages avec 83 figures. — Prix : 12 fr.

BÉTOUS (L.). — Traitement par les eaux de Barèges, des myélites chroniques, des paralysies qui en sont la suite et en particulier de la paralysie infantile. Brochure in-8 de 32 pages.

ROOSE (R.). — La goutte et ses rapports avec les maladies du foie et des reins. Traduit par L. DENIAU. Volume in-18 de 191 pages. — Prix : 3 fr. 50.

ADAMKIEWICZ. — Der Blutkreislauf der Ganglienzellen. Brochure in-8 de 4 pages. — Berlin, 1887. *Berliner klin. Wochenschrift.*

ADAMKIEWICZ. — Monoplegia anaesthetica. Brochure in-8 de 15 pages. — Wien, 1887. *Wiener med. Presse.*

CAMPBELL (F.-R.). — The causes and prevention of infantile diarrhœal diseases. Brochure in-8 de 23 pages. — Buffalo, 1887. *Times printing house.*

DICCI (N.). — Osservazioni cliniche sull' antifebbrina. Brochure in-8 de 6 pages. — Modena, 1887. Tipi Vincinzi.

LA TORRE (F.). — Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié. Recherches cliniques au point de vue de l'accouchement prématuré artificiel. Volumes in-8 de 342 pages, avec 7 tableaux statistiques des hopitaux de Paris. — Prix : 12 fr.

LEYDEN (E.) et PFEIFFER (E.). — Ueber die Behandlung der Neuralgien mittelst der Kataphorese. Brochure in-8 de 8 pages. — Wiesbaden, 1887. Librairie J.-B. Bergmann.

LEMOINE (G.). — Le méthylal, ses propriétés physiologiques et thérapeutiques. Brochure in-8 de 7 pages, avec 2 figures. — Paris, 1887. Imprimerie Rousset et Cie.

LIMOUSIN (S.). (A la mémoire de) — 1831-1887. Brochure in-8 de 16 pages. — Paris, 1887. Imprimerie Ve Renou et Maulde.

TEISSIER (M.-J.). — Statistique générale des grandes maladies infectieuses à Lyon pendant la période quinquennale 1881-1886. — Etudes d'étiologie et de pathologie générales. Volume in-8 de 100 pages, avec deux tracés en couleurs. — Lyon, 1887. Association typographique.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

LUTAUD (A.). — Etude médico-légale sur les assurances sur la vie et le secret médical. Volume in-12 de 124 pages. — Prix : 2 fr.

DISTIN-MADDICK. — Stricture of the urethra : its diagnosis and treatment facilitated by the use of new and simple instruments. Volume in-8 de 154 pages, avec 34 figures. — London, 1887. — Baillière, Tindall et Ce.

RAPPORT de la commission administrative de l'hôpital cantonal de Genève pour l'année 1886. Brochure in-8 de 63 pages. — Genève, 1887. — Imprimerie centrale Genevoise.

BOITEUX (G.). — Contribution à l'étude de l'anesthésie cutanée chez les aliénés. Brochure in-8 de 70 pages. — Nancy, 1887. — Imprimerie P. Collin.

MASIUS. — Note sur l'action physiologique et l'action thérapeutique du sulfate de spartéine. Brochure in-8 de 22 pages avec 18 figures. — Bruxelles, 1887. — Imprimeur F. Hayez.

CAMPOS DA PAZ. — Lição inaugural do Curso de [illegible] e Biologica. Brochure in-8 de 19 pages. — Rio-de-Janeiro, 1887. — Typographia central d'Evaristo Costa.

MARONI (A.). — Varietà [illegible] [illegible] dal [illegible] da [illegible] [illegible]. Brochure in-8 de 1[illegible] pages, avec une planche.

THE MEDICAL ANNUAL. — A Dictionary of New treatment in medicine and Surgery. Volume in-18 de 550 pages. — London, 1887. — Hamilton Adams et Co.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. Ve [illegible] et [illegible], rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 36. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 3 SEPTEMBRE 1887

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas d'amnésie verbale visuelle, (avec autopsie) ;

Observ. recueillie dans le service de M. le profess. J. TEISSIER ;
Par C. SIGAUD, interne des hôpitaux de Lyon.

Pendant notre semestre d'internat dans le service de M. Teissier, il nous a été donné d'observer une forme d'aphasie que nous croyons n'avoir pas encore été signalée : il s'agit d'un cas d'amnésie verbale visuelle avec pseudo- agraphie, diagnostic vérifié à l'autopsie.

Avant de rapporter l'observation de notre malade, nous jugeons à propos de résumer aussi brièvement que possible l'état actuel de la science sur la constitution du langage.

Il est de toute évidence que la condition essentielle pour nous mettre en relations avec nos semblables est l'intégrité de la mémoire des mots. Mais, comme l'a dit M. Charcot, le mot n'est pas une unité; c'est un complexus. Il est constitué par quatre espèces de mémoires ou d'images cérébrales : auditive, visuelle, motrice d'articulation et motrice graphique. Citons les paroles mêmes de M. Charcot : « Le mot est un complexus ; on peut y reconnaître, chez les individus éduqués, au moins quatre éléments fondamentaux : l'image commémorative auditive (grâce à laquelle nous pouvons saisir le sens des mots entendus), l'image visuelle (qui nous permet de comprendre les mots manuscrits ou imprimés) et enfin deux éléments moteurs, à savoir : l'image motrice d'articulation et l'image motrice graphique ; la première, développée par la répétition des mouvements de la langue et des lèvres nécessaires pour prononcer le mot ; la seconde, par la répétition des mouvements de la main et des doigts nécessaires pour l'écrire. »

Ces diverses mémoires, ces dépôts d'images verbales sont indépendants les uns des autres anatomiquement mais non physiologiquement : l'abolition d'une faculté peut entraîner la perte ou l'altération d'une ou plusieurs autres facultés. C'est ainsi que la surdité verbale se complique fréquemment d'un degré plus ou moins accusé d'aphasie motrice ; celle-ci pourra être totale si le malade est un auditif (1). Cette aphasie motrice secondaire sera, bien entendu, indépendante de toute lésion portant sur le centre qui préside au langage articulé. Et l'on conçoit cette complication de la surdité verbale: habituellement on pense (on entend) sa parole avant de parler sa pensée (de Bonald). Si la mémoire des images auditives est détruite, l'opération intellectuelle qui aboutit au langage articulé devient dès lors difficile ou même impossible.

(1) Chaque individu a pour ainsi dire *sa formule intellectuelle*. l'un est *auditif* ; il pense avec le souvenir des mots parlés (N. Gueneau de Mussy) ; c'est le cas le plus ordinaire. L'autre est *visuel* : il n'entend pas sa pensée, il la *lit*. Un troisième est *moteur* : il parle mentalement sa pensée. Enfin peut-être chez quelques-uns les opérations intellectuelles s'exercent-elles au moyen des représentations graphiques ? Quoiqu'il en soit, nous sommes tous à un degré variable à la fois *auditifs*, *visuels* et *moteurs*.

De même, on conçoit que la mémoire des images visuelles exerce une influence sur l'écriture. Si l'on peut dire que la parole intérieure *souffle* la parole extérieure, il est aussi rationnel d'admettre que la vision intérieure dicte l'écriture. Et notre observation vient confirmer pleinement cette idée de Charma: « Nous pensons notre écriture, comme nous écrivons notre pensée. »

Mais les images verbales, auxquelles nous venons de faire allusion, ne sont pas toujours détruites ; elles peuvent être simplement effacées et dès lors susceptibles de réapparaître sous l'influence de la sensation qui les a fait naître. Ainsi, un malade voit passer une locomotive; il cherche vainement le mot qui sert à désigner cette machine. Si on le prononce devant lui, immédiatement il en saisit le sens : l'audition du mot a ravivé l'image verbale endormie. Nous nous trouvons en présence d'un cas d'amnésie verbale auditive et non de surdité verbale.

Il en est de même des images visuelles : l'amnésique visuel peut lire les mots écrits ou imprimés, si on les lui met sous les yeux ; mais il est incapable de les voir mentalement. Et comme cette représentation mentale du mot est indispensable pour l'écriture, on conçoit facilement qu'un pareil syndrôme puisse, aussi bien que la cécité verbale complète, apporter un certain degré de perturbation dans les phénomènes moteurs graphiques et même en imposer pour de l'agraphie.

Pour résumer ces considérations préliminaires et condenser en deux propositions toutes les notions nécessaires à l'intelligence de notre observation, nous dirons : 1° Il y a *cécité verbale* lorsque la mémoire des images visuelles de mots est totalement détruite, si bien que la vue même des mots écrits est incapable de réveiller ces images. 2° L'*amnésie verbale visuelle* consiste dans l'effacement des images visuelles de mots, images qui peuvent être rappelées par la vue du mot écrit.

Cécité et amnésie sont deux troubles de même nature. Ce sont, comme l'observe M. Charcot « les deux aspects sous lesquels se présente en clinique une lésion d'un siège donné, suivant que cette lésion est profonde ou superficielle. »

La malade, qui fait l'objet de cette note, a été soigneusement interrogée trois mois avant sa mort, au point de vue de l'aphasie, suivant les règles tracées et en nous inspirant du schéma proposé par M. Ballet. Nous nous faisons un devoir de reproduire l'observation telle qu'elle a été prise du vivant de la malade, sans y rien changer.

OBSERVATION. — Mlle L. A., 77 ans. Rien qui nous intéresse dans ses antécédents pathologiques. A [illegible] ans, pneumonie. Il y a deux ans et demi, deuxième pneumonie, au cours de laquelle, à quatre jours du début, se produit la perte de la parole. Fourmillements dans les membres ; pas d'hémiplégie. Les troubles de la parole disparaissent progressivement, il ne persiste en apparence que des signes d'agraphie. A son entrée à l'hospice du Perron, on constate un ptosis droit assez marqué et un léger degré de nystagmus du même côté. Tremblement de la langue quand elle veut parler. Analyse des symptômes d'aphasie (fig. 1) : 1° Pas de surdité verbale ; 2° Pas de cécité

verbale; 3° Pas d'*aphasie motrice* bien caractérisée, un peu de difficulté dans l'articulation de certains mots. Parfois *paraphasie*: il arrive à la malade de tutoyer des personnes qu'elle voit pour la première fois; 4° Pas d'*agraphie*. Elle copie convenablement un mot, soit manuscrit, soit imprimé, mais non sans effort, et à condition de se reporter au modèle pour chaque lettre. Elle peut parfois écrire un mot *entendu*, à condition qu'il soit court: « Paris », « Garus » par exemple. Pour peu qu'il soit long ou compliqué, la malade s'embarrasse:

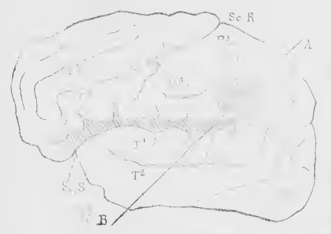


Fig. 11. — Foyer superficiel de ramollissement siégeant à la partie postérieure du lobe pariétal inférieur empiétant sur le Pli courbe P². La ligne A B. indique le sens de la coupe.

elle est incapable d'assembler dans son intelligence les lettres nécessaires à la formation d'un mot plutôt qu'incapable de les écrire; c'est de l'*amnésie verbale visuelle* plutôt que de l'*agraphie*. La malade ne peut se représenter le mot tout entier dans son intelligence; or, cette représentation préalable est nécessaire à l'écriture. C'est pourquoi la malade ne peut écrire un mot un peu long.

Le nez et les fosses nasales sont le siège d'un épithélioma très étendu. Une opération est tentée. La malade, très affaiblie, ne tarde pas à succomber au choc opératoire.

Autopsie, faite le 14 décembre 1886 par M. Cuillerel, notre successeur comme interne du service. Les coupes de

Fig. 12. — Coupe du foyer de ramollissement. L. P. I. lobule pariétal inférieur coupé en A B, coupe pédiculo-pariétale. N. C., Noyau caudé. C O., Corne occipitale.

Pitres, sont pratiquées méthodiquement et donnent les résultats suivants: *Hémisphère droit* absolument intact et normal. *Hémisphère gauche*: coupe préfrontale, rien; coupe pédiculo-frontale, rien. Les 2e et 3e *circonvolutions frontales* ne présentent aucune altération ni superficielle, ni profonde. Coupe frontale et coupe pariétale, rien d'anormal. Coupe pédiculo-pariétale: cette coupe permet de reconnaître, au niveau du lobule pariétal inférieur, 2 ou 3 lacunes, limites antérieures extrêmes d'un foyer fait de [illegible] de ramollissement, foyer du volume d'une petite noix (*fig.* 11) empiétant sur le pli courbe

Ce foyer de ramollissement s'étend presque jusqu'à la superficie de la couche corticale fort amincie à ce niveau (*fig.* 12). Coupe occipitale, rien de particulier.

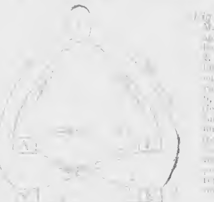


Fig. 13. — Schéma proposé par M. Ballet pour l'examen des aphasiques: 1, Compréhension des mots parlés. 2, Compréhension des mots lus (écriture). 3, Parole articulée volontaire. 4, Écriture volontaire. 5, Parole répétée. 6, Parole d'après la lecture (lecture à haute voix). 7, Écriture sous la dictée. 8, Écriture suivant un texte lu (copie). — Dans l'observation [illegible] 2 [illegible] expliquer la suspension de la faculté de se représenter mentalement les mouvements.

Notre malade était donc bien atteinte d'*amnésie verbale visuelle*: la clinique et l'anatomie pathologique l'ont démontré d'une façon éclatante. De plus cette amnésie verbale visuelle avait bien entraîné à sa suite des symptômes de *pseudo-agraphie*, puisqu'on a constaté l'intégrité du pied de la 2e circonvolution frontale, siège des images motrices graphiques.

Nous ne dissimulerons pas que notre diagnostic, porté pendant la vie de la malade, nous semblait dériver d'une analyse symptomatique bien délicate; et nous n'osions espérer de l'examen post mortem une confirmation aussi mathématique. Cependant la théorie pure, édifiée sur les découvertes les plus récentes dans le domaine des localisations cérébrales, n'a pas été trouvée en défaut: elle s'est révélée au contraire comme un guide clinique d'une grande sûreté. A ce point de vue, par le fait seul de la précision du diagnostic, notre observation nous paraît éminemment intéressante et instructive.

En outre, n'est-elle pas un argument péremptoire en faveur de la localisation du centre des images visuelles dans la partie la plus reculée du lobule pariétal inférieur, comme les faits de Broadbent, de Magnan, de d'Heilly et Chantemesse, de Déjerine, de Rosenthal et d'Amidon tendaient à le prouver?

Quant au ptosis droit, c'est un fait de plus à ajouter à ceux qui désignent le pli courbe comme le lieu d'origine réelle du nerf moteur oculaire commun. Car le foyer de ramollissement, que nous avons observé, empiétait sur le pli courbe.

Enfin ce fait d'amnésie verbale visuelle, entraînant des symptômes de pseudo-agraphie, démontre que les opérations du langage ont entre elles des relations plus ou moins étroites, et établit en particulier la subordination de la faculté d'écrire à celle de lire mentalement. MM. D'Heilly et Chantemesse ont publié l'observation d'une malade atteinte de surdité et de cécité verbales avec agraphie, bien qu'à l'autopsie on n'ait pas constaté de lésion de la 2e circonvolution frontale. Mais, comme le fait remarquer M. Ballet, on ne peut pas tirer grand parti de ce fait; car il n'est pas mentionné dans l'observation si la malade écrivait facilement avant sa maladie.

D'autre part M. [illegible], dans sa thèse, constate que jusqu'à présent il n'existe pas un cas de cécité verbale pure suivie d'agraphie. Notre observation vient combler cette lacune, et à ce titre doit intéresser également le clinicien et le philosophe.

OPHTALMOLOGIE

Ophthalmoplégie nucléaire

[illegible]

[illegible] dans les [illegible] des muscles [illegible] ... [illegible]

... [illegible] par une [illegible] ... car on sait que les noyaux des différents nerfs sont séparés les uns des autres; [illegible] il est très probable que chacun des [illegible] distinct. Par conséquent [illegible] la plupart des cas d'ophthalmoplégie [illegible] provenant de lésions des noyaux. Mais il peut y avoir des exceptions à cette règle. M. Mœbius [illegible] d'ophthalmoplégie [illegible], à en juger par le commencement [illegible] de la maladie, la lésion était [illegible] M. Mœbius croit qu'il [illegible] des fibres nerveuses [illegible] dans les muscles ou à l'intérieur [illegible] comme cela arrive dans les [illegible]

Mais s'il n'est pas possible d'affirmer que l'ophthalmoplégie externe est toujours d'origine nucléaire, encore moins pourrait-on [illegible] affirmer [illegible] que par [illegible] Nous pouvons plutôt affirmer [illegible] pathologique [illegible] des muscles extérieurs [illegible] qui produit [illegible] comme cela arrive dans [illegible] périphériques. Par conséquent, dans les ophthalmoplégies comme, en général, dans toutes [illegible] il faut, pour trancher la question [illegible] prendre en considération [illegible] le commencement [illegible] la maladie et tout l'ensemble des symptômes [illegible]

[illegible]

déviés fortement en dehors et un peu en haut, de sorte qu'à l'état de repos, le bord externe de la cornée est partiellement caché par l'angle des paupières. Les deux yeux sont presque immobiles : en fait de mouvement, il ne reste de possible que l'abduction encore plus grande en dehors et un mouvement rotatoire limité, pendant lequel l'extrémité supérieure du diamètre vertical de la cornée s'incline en dedans. Les pupilles sont très dilatées; celles de l'œil droit a 5,75^{mm}, et celle de l'œil gauche 6,5^{mm} de diamètre; elles restent également immobiles sous l'impression de la lumière et pendant les tentatives d'accommodation, il ne se produit pas de rétrécissement à la suite d'une excitation mécanique immédiate des globes des yeux; une excitation douloureuse de la peau ne produit pas de dilatation des pupilles; de même, pendant les actes d'aspiration et d'expiration forcées, on ne peut remarquer aucun mouvement de l'iris. Sous l'influence de l'ésérine, les pupilles se rétrécissent jusqu'à n'avoir plus que 1^{mm} de diamètre ; sous celle de l'atropine, elles atteignent une dilatation maxima de 8^{mm}. L'œil gauche est emmétrope : $V = 4/4$; l'œil droit est myope. $M = 1/36$, et $V = 4/6$; la paralysie de l'accommodation est complète dans l'œil gauche et dans le droit elle l'est presque (1/40 ?) Le fond de l'œil ne présente rien d'anormal à l'ophthalmoscope. La perception des couleurs et les limites du champ visuel sont normales.

Ainsi, nous devons conclure que le malade est atteint de paralysie bi-latérale presque complète du nerf moteur oculaire commun; que, seul le muscle *levator palpebræ superioris sinistræ* n'est pas complètement paralysé ; que les nerfs de la 6^{me} paire fonctionnent normalement; que, quant aux nerfs pathétiques, il est difficile de rien dire de positif à cause de l'état des yeux; que, dans tous les cas, il n'y a pas paralysie complète; que les nerfs optiques sont intacts. Le malade regarde tantôt d'un œil, tantôt de l'autre ; s'il veut se servir du gauche, il doit tourner la tête à droite *et vice-versa* ; quand il veut regarder de l'œil droit, il doit en outre soulever artificiellement (avec un bandeau) la paupière supérieure de cet œil, et il ferme le gauche. De plus, il se plaint de temps à autre de maux de tête, surtout dans la région frontale ; pour le reste, il se porte bien. Quant au développement de la maladie, il résulte des questions adressées à P..., qu'il a toujours joui d'une excellente santé, n'*a jamais eu la syphilis* et n'a jamais abusé des boissons spiritueuses. En avril 1885, il tomba d'une hauteur de 4 archines (3 mètres) et, dans la chute, la partie occipitale de la tête donna contre une poutre; il ne perdit pas connaissance, mais il sentit « comme un brouillard dans la tête » ; du reste il se releva tout seul sans blessure ; pendant deux semaines, il eut des maux de tête, mais continua néanmoins à travailler ; le malade remarqua que durant cet été là *ses cheveux tombèrent* en grande quantité, mais en automne cette chute capillaire s'arrêta. En septembre 1885, il se produisit à l'œil gauche une forte photophobie; en regardant, le malade ressentait une douleur accompagnée de larmoiment; du reste, l'œil n'était pas rouge, ce qui fait supposer qu'il y avait alors dilatation considérable de la pupille. Quelque temps après, P.... remarqua qu'il voyait parfois double et que le globe de l'œil gauche déviait peu à peu en dehors (strabisme divergent), si bien qu'il ne se servit plus que de l'œil droit. Mais en avril 1886, ce dernier ressentit aussi les mêmes atteintes : photophobie d'abord, ensuite déviation graduelle de l'œil en dehors; puis, peu à peu, la paupière supérieure de l'œil droit commença à s'abaisser, de sorte que le malade dut de nouveau se servir de son œil gauche, ou relever mécaniquement la paupière supérieure droite. Durant cet espace d'une année et demie, le malade ressentit parfois des maux de tête, mais peu violents ; quant au reste il se porta bien.

P. est jusqu'à présent à la clinique, mais il ne s'est pas produit de changement appréciable dans son état.

Maintenant se pose la question : « où devons-nous chercher le siège de la lésion ? » Quoiqu'il ne soit pas possible d'y répondre avec certitude, nous croyons qu'il est probable que cette lésion est nucléaire et non périphérique; on peut invoquer en faveur de cette opinion : 1° l'absence de lésion des nerfs situés à la base du crâne à côté des nerfs moteurs des yeux; 2° la conservation, partielle il est vrai, de la mobilité du muscle *levator palpebræ superioris sinistræ*, malgré la paralysie complète de tous les autres rameaux du nerf moteur oculaire commun; et surtout : 3° la lésion tout à fait symétrique des mouvements des deux yeux, la maladie s'étant développée progressivement et identiquement des deux côtés. Donc, on peut souvent observer l'ophtalmoplégie externe à la suite d'une lésion nucléaire, mais dans ces cas, il peut y avoir aussi ophthalmoplégie totale.

Quant aux processus pathologiques produisant l'ophthalmoplégie nucléaire, il est évident qu'ils peuvent être très variés ; il peut y avoir inflammation aiguë ou chronique, hémorrhagie, tumeur, etc.

Ainsi, par exemple, dans le dernier congrès de médecins et de naturalistes à Berlin, M. Uhthoff (1) a communiqué un cas où l'ophthalmoplégie externe provenait de la présence dans la moelle allongée d'un tubercule solitaire de la grosseur d'une noisette.

Une question importante est celle de savoir si l'ophthalmoplégie nucléaire peut être l'effet d'un processus pathologique que nous devons considérer comme étant une lésion systématique des éléments nerveux.

Pour ce qui concerne la forme chronique de l'ophthalmoplégie, tout le monde presque regarde cela comme possible ; du reste, il faut remarquer que cette opinion est basée, moins sur des observations anatomo-pathologiques que sur des faits cliniques. Pour le moment on ne peut avancer en faveur de cette opinion que très peu de données anatomo-pathologiques : par exemple, dans le cas observé par Hutchinson (2), Gowers a trouvé dans les noyaux moteurs des yeux une dégénérescence des cellules nerveuses en tout pareille à celle que l'on observe dans l'atrophie musculaire progressive et dans la paralysie bulbaire.

Il n'y a pas longtemps, M. Ross (3) a communiqué deux observations dans lesquelles on trouva dégénérescence et atrophie tant des cellules nerveuses composant les noyaux des nerfs moteurs des yeux, que des racines de ces nerfs. Mais tous ces cas étaient compliqués et devaient être rapportés au *tabes*. (*A suivre*).

(1) *Neurol. Centralblatt*, 1886, n° 19.
(2) *Loc. cit.*
(3) *On a case of locomotor ataxia with laryngeal crises and on primary sclerosis of the columns of Goll. complicated with ophthalmoplegia externa. Brain*, Part. XXXIII, 1886.

Chambre des médecins en Suisse. — La commission des médecins suisses a décidé dans sa dernière séance de mettre à l'ordre du jour de la prochaine assemblée de la « *Societa medica della Svizzera italiana* », la création d'une « *Chambre des médecins* » en Suisse et d'un bureau de salubrité publique. M. le Dr Baader, de Bâle, a été désigné comme rapporteur. Il a été décidé aussi d'appuyer la pétition adressée par la Société des pharmaciens au Conseil fédéral pour qu'il soit introduit une pharmacopée nationale. Enfin, il a été résolu de choisir la question de l'hygiène scolaire comme sujet de discussion pour les réunions centrales et cantonales, et de l'étudier d'une manière systématique en vue de l'ensemble de la Suisse : on se propose de demander plus tard aussi l'appui de la Confédération pour cette œuvre essentiellement utile et importante (*Journal de Genève* du 25 août 18[illegible]).

Congrès d'hygiène et de démographie de Vienne. — Un congrès d'hygiène et de démographie aura lieu à Vienne, au commencement du mois prochain. Le Conseil municipal de Paris a décidé de se faire représenter par cinq de ses membres. La délégation, composée de MM. Levraud, Chautemps, Strauss, Navarre et Cernesson, est sur le point de partir. Dans le cas où l'un de ces conseillers viendrait à être malade, il serait immédiatement remplacé par M. Vaillant.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le sens musculaire.

L'existence du sens musculaire n'est guère connue que depuis le commencement du siècle, quoi qu'on puisse retrouver dans les auteurs de la fin du siècle dernier quelques notions sur les sensations émanées de nos muscles sous l'influence des mouvements des membres. Néanmoins, c'est à Ch. Bell que revient l'honneur de la première étude précise. Après lui un grand nombre d'auteurs l'ont étudié à leur tour et tout d'abord E. H. Weber et Gerdy en 1837. A partir de 1845 l'étude du sens musculaire entre dans une nouvelle phase, marquée par de nombreux travaux parmi lesquels il convient de citer Landry, Duchenne (de Boulogne), William Bain, Ludwig, Wundt, et beaucoup plus récemment Weir Mitchell, Ferrier, Bastian, Jaccoud, etc., etc.

Le sens musculaire, expression presque définitivement consacrée aujourd'hui, a reçu de ces différents auteurs les dénominations les plus diverses. Weber, lui donna le nom de sens de la force, Gerdy, celui de « sentiment de l'activité musculaire » ; Landry l'appelle de même, et Duchenne « Conscience musculaire. » Pour Bain, c'est « la faculté locomotrice, ou le sens du mouvement » ; pour Wundt, c'est « le sens de l'innervation ». Bastian réunissant enfin sous un même terme toutes les impressions qui dérivent, consciemment ou non, de nos membres en mouvement, donne à ces sensations le nom d' « impressions kinesthétiques », expression à laquelle se rattachent Charcot et Ferrier.

Les opinions qui ont été émises sur la nature du sens musculaire peuvent se ranger en trois groupes principaux. Dans le premier groupe, se placent ceux pour qui les sensations sont d'origine purement motrice ; telles sont les opinions de Wundt, de Bain et de Lewes. Pour Wundt le sens musculaire n'est autre chose que l'estimation de l'effort pour produire un acte, estimation antérieure aux sensations émanées des membres et indépendantes d'elles. Bain pense que c'est le sens d'énergie déployée qui est concomitant avec le courant centrifuge, c'est-à-dire une sensation émanant à la fois de l'activité des centres moteurs, des nerfs et des muscles. Cette opinion diffère un peu de la précédente, par cette supposition que, outre l'activité du centre volitionnel, il faut que l'incitation motrice ne soit pas arrêtée par des lésions paralytiques ou autres. Enfin, d'après Lewes, les impressions du sens musculaire seraient rapportées aux centres volitionnels par les nerfs moteurs eux-mêmes, c'est-à-dire par des courants centripètes, qui seraient concomitants ou presque concomitants avec des courants centrifuges émanés des centres moteurs. C'est aussi l'opinion de Huglings Jackson et de Ferrier.

Le second groupe comprend ceux qui regardent le sens musculaire comme ayant une doubleorigine, motrice et sensitive ; telle est, par exemple l'opinion de J. Müller et d'Hamilton. Bernhardt et Weir-Mitchell professent aussi cette opinion intermédiaire c'est aussi celle de Duchenne.

Pour les auteurs qui rentrent dans le troisième groupe la nature du sens musculaire serait d'ordre exclusivement sensitif et les centres moteurs n'auraient aucun rôle à y jouer. — Pour Bastian, le sens musculaire nous vient par des impressions de tension et de pression qui sont transmises par des nerfs sensitifs ordinaires venant des membres en mouvement, par exemple, des muscles, des articulations et de la peau, et peut être aussi, par certaines impressions inconscientes venant par des nerfs afférents spéciaux des centres moteurs spinaux. Landry professe de même l'opinion que les impressions de tension et de pression émanant des muscles qui se contractent sont transmises par des nerfs sensitifs ordinaires allant des muscles aux centres sensitifs. Enfin, pour Schiff et Trousseau le sens musculaire consiste seulement dans les impressions cutanées et articulaires. C'est-à-dire que pour ces deux derniers auteurs le sens « musculaire » n'existe pas à proprement parler. C'est aussi, par un motif différent, l'opinion de Bastian qui dit : « Les impressions en question ne dérivent qu'en partie des muscles, et comme celles qui ont cette origine sont pour la plupart du type « inconscient », il n'y a pas de faculté digne du nom de « sens musculaire ».

Quand au rôle du sens musculaire on le comprend facilement. Pour que la volonté puisse exécuter un mouvement il lui faut non seulement la conception du but à atteindre, c'est-à-dire la représentation motrice, l'excitation de contractions en groupes fonctionnels et leur coordination, mais aussi la sensation exacte de ce que les muscles sont en train de faire, pour que l'énergie des contractions musculaires ne dépasse pas ou ne reste pas au dessous du but proposé. Ces notions c'est le sens musculaire qui les donne. S'il vient à manquer les mouvements ne peuvent plus être exécutés qu'à une condition, à savoir qu'un autre sens vienne remplacer celui-là. Le sens suppléant est le plus souvent la vue, quoique le sens musculaire ne soit pas comme ce dernier un sens activement conscient, mais soit plutôt du genre des sensations organiques, inconscientes ou très confusément conscientes du but final. Si les auteurs diffèrent d'opinion sur le rôle de l'élément moteur ou de l'élément sensitif dans le sens musculaire, ils ne diffèrent guère au contraire sur son rôle.

Mais où les divergences se reproduisent, c'est sur la question de la localisation de ce sens particulier. En effet son siège sera différent et occupera les centres moteurs ou les centres sensitifs, ou les deux à la fois, suivant qu'on se ralliera à tel ou tel des groupes d'opinions relatés plus haut — Mais outre ces divergences sur son siège général il en existe d'autres sur sa localisation précise. Existe-t-il dans l'écorce un centre spécial pour le sens musculaire ? Les auteurs qui ont expérimenté sur le chien en détruisant les centres moteurs ne tirent pas de leurs expériences des conclusions identiques. Nothnagel pense que la destruction des centres corticaux entraine bien la paralysie du sens musculaire, mais que leur restauration prouve que le centre du sens musculaire lui-même n'est pas détruit, et que le chemin des impressions centripètes est seul interrompu. Hitzig et Fritsch pensent au contraire que le centre lui-même du sens musculaire est détruit. Pour Schiff les

centres moteurs entraînent par leur destruction la perte de la sensibilité tactile, et ces centres devraient être plutôt regardés comme des centres du toucher. Ferrier qui repousse ces opinions, admet comme centre du sens musculaire les circonvolutions de l'hippocampe, siège du sens tactile. — Maudsley pense aussi que c'est dans les centres moteurs que se sont accumulés les résidus des sensations musculaires, dont nous tenons nos intuitions motrices ». Bastian a combattu le plus énergiquement les idées de Ferrier. — Pour lui les idées motrices n'existent pas. Toutes nos idées de mouvements sont excitées dans les centres sensoriels. Dès lors il n'y a plus de raison d'admettre des centres moteurs. Ce dont on a seulement besoin c'est de l'existence de régions sensorielles des impressions produites par le mouvement. Ce sont ces régions qui portent le nom de centres kinesthétiques. Ces centres doivent exister, d'après lui, dans l'écorce au même titre que les autres centres d'impressions sensorielles avec lesquels ils sont en relation [illegible] intime, tandis que la nécessité [illegible] de l'existence des centres moteurs n'a pas encore été démontrée. — Cette conclusion paraît singulière et a du reste jusqu'ici rencontré bien peu de partisans.

En somme, on le voit, la question du sens musculaire, est loin d'être élucidée [illegible] D'une étude délicate [illegible] de quelques expériences. Mais à ces expériences qui ne peuvent se faire que sur les animaux chez lesquels il est difficile d'apprécier exactement l'existence de sensations subjectives, il est bien préférable d'examiner et d'analyser les cas pathologiques où on observe la perte de ce sens musculaire. — C'est par des autopsies et par des lésions qui coïncident avec cette abolition du sens musculaire, qu'on a, croyons-nous, le plus de chances d'arriver à résoudre, au moins en grande partie, les différents points encore si discutés et si obscurs de cette question. — Là encore la clinique sera du plus grand secours pour arriver à la démonstration [illegible] P. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juin 1887. — Présidence de M. [illegible]

MM. [illegible] *pour l'étude de la respiration de l'homme.* Cet appareil comprend quatre parties [illegible] [illegible] le sujet en expérience respire ; 2° [illegible] ; 3° [illegible] l'acide carbonique ; 4° un [illegible] l'oxygène. Les auteurs [illegible] les résultats des recherches [illegible] Ils [illegible] l'azote de la respiration.

M. [illegible] *branchie des* [illegible] [illegible] du [illegible] par les [illegible]

M. [illegible] *chlorophyllienne.* Il [illegible] de la [illegible] lumière. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 août 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Guermonprez (de Lille) lit une observation de *pneumotomie,* pratiquée sur un homme de vingt-quatre ans et sujet à des vomiques depuis quatre années. Cette observation permet d'établir les propositions suivantes : 1° L'incision exploratrice de la plèvre peut, dans certains cas du moins, être [illegible] ; 2° Quand l'auteur [illegible] 3° [illegible] ; 4° Les injections [illegible] ; 5° [illegible] dans de bonnes conditions, la pneumotomie est une opération dont les suites sont relativement bénignes et qui peut rendre des services réellement importants.

M. Luys fait une communication sur la *sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme.* M. Luys vient exposer les résultats de ses nouvelles recherches sur la possibilité de solliciter [illegible]

[illegible]

cousses convulsives et raideur du tronc, turgescence de la face et du corps thyroïde. Le même tube, placé du côté droit, a déterminé des réactions opposées. Le sulfate d'atropine paraît avoir une action stupéfiante peu intense, qui se caractérise par un état d'abattement extrême. Les spiritueux expérimentés déterminent des effets analogues à ceux qu'ils déterminent chez l'homme sain. Ils sollicitent l'ivresse plus ou moins rapidement, en huit ou dix minutes. Dans la deuxième série des expériences, les manifestations expansives du sujet ont un tout autre caractère. Le sujet hypnotisé, au lieu d'évoluer sur place en période de catalepsie silencieuse, monte d'un degré dans les phases de l'hypnose et il arrive à la période de somnambulisme lucide : c'est ce qu'on peut appeler la phase loquace des phénomènes de l'hypnose. Ces phénomènes sont particulièrement déterminés par l'action du café en infusion, par celle du haschich, des spiritueux variés : cognac, vin, bière, champagne, alcoolats divers. La substance stimulative incluse dans le tube est le souffle qui donne la vie au sujet, qui le fait vivre passagèrement d'une vie factice et collatérale à la vie réelle, et suscite en lui les réactions les plus surprenantes et les plus empressées. Lorsque, suivant les forces du sujet et suivant l'intervalle des réactions, on juge que les expériences ont suffisamment duré, on s'achemine par étapes vers le réveil. Ceci acquis, on procède au réveil par les procédés habituels en passant par les périodes de catalepsie et de somnambulisme lucide. Il ne s'agit pas seulement de la question de ces suggestions extraordinaires imposées à certains sujets et qui éclatent après dix, quinze, vingt jours et même plusieurs mois d'incubation, mais d'un ordre nouveau de questions médico-légales qui, à propos de substances médicamenteuses et toxiques, vient s'imposer à l'attention des médecins légistes.

La communication de M. Luys donne lieu à un échange d'observations entre MM. Bergeron, H. Royer, Larrey et Brouardel, et, vu la gravité de la communication de M. Luys, l'Académie propose de nommer une commission de cinq membres chargés d'examiner les faits qui viennent d'être exposés.

M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur *les médicaments antithermiques considérés comme sédatifs sur le système nerveux*. Après avoir établi le bien fondé de la communication de M. G. Sée sur l'antipyrine, M. Dujardin-Beaumetz insiste sur les propriétés analgésiques de certains autres médicaments, notamment de l'acetanilide et du salol.

M. Lancereaux fait une communication *sur le traitement des cirrhoses du foie*. Après s'être demandé si l'iodure de potassium était susceptible de combattre toutes les cirrhoses, même la cirrhose impaludique, M. Lancereaux n'hésite pas à regarder l'hydrothérapie comme la meilleure thérapeutique en semblable occurrence. Dans la cirrhose alcoolique l'emploi prolongé de l'iodure de potassium est suivi d'excellents résultats, surtout lorsqu'on l'associe à un régime lacté exclusif. A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 *août* 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. Debove présente un malade âgé de 73 ans, qui, il y a neuf mois, se portant alors fort bien, tomba à la mer. A partir de ce moment, il présenta une série d'accidents de nature diverse et aujourd'hui il a tous les stigmates de l'hystérie ; mais c'est que parallèlement aux accidents nerveux se manifestaient progressivement tous les signes, aujourd'hui fort nets, du goitre exophthalmique : exophthalmie très marquée, tachycardie considérable, mais peu d'hypertrophie thyroïde. M. Debove rattache ces phénomènes à l'hystérie de ce malade.

M. Debove vient de faire l'autopsie d'un malade qui avait présenté, il y a deux ans, des symptômes de rétrécissement de l'œsophage. A ce moment, M. Debove l'avait traité avec succès par la dilatation. Il en avait, du reste, entretenu la Société, sans pouvoir, toutefois, affirmer d'une façon absolue la nature cicatricielle de ce rétrécissement. L'autopsie de ce malade, mort d'une perforation survenue au niveau d'un ulcère stomacal, montre que la diagnostic était exact. La cicatrice de l'ancien ulcère œsophagien se trouve à 5 centimètres au-dessus du cardia. Le calibre de l'œsophage, à ce niveau, permet d'introduire facilement l'index, ce qui tient vraisemblablement à ce que le malade, depuis deux ans, se faisait à lui-même, tous les jours, un cathétérisme de l'œsophage. Abstraction faite des théories pathogéniques que l'on pourrait émettre, il y a lieu de retenir ce fait qui démontre que les rétrécissements de l'œsophage peuvent être parfois consécutifs à des ulcères, et, par suite, curables par les cathétérismes répétés.

M. Letulle discute avec grands détails la question de *l'hystérie mercurielle* et montre que l'intoxication mercurielle tout comme l'intoxication saturnine peut produire chez des sujets prédisposés un ensemble de symptômes variés hystériformes, et qu'il y a lieu d'admettre que, tout comme l'alcool et le plomb, le mercure peut donner naissance à l'hystérie chez les sujets intoxiqués.

MM. Rendu et Feréol citent chacun un cas semblable à ceux signalés par M. Letulle.

M. Danlos a observé un malade présentant tous les signes d'une énorme dilatation de l'estomac. De plus, dans l'hypochondre gauche, il y avait, par moments, un soulèvement de la paroi abdominale. Le malade mourut de tuberculose. A l'autopsie, on trouva une énorme dilatation portant à la fois sur l'estomac et le duodénum, qui ne formaient plus qu'une vaste poche pouvant contenir environ 7 litres, et se terminant brusquement à la partie inférieure du duodénum. L'auteur pense que de pareils faits n'ont jamais été signalés. M. Ferréol rapproche cette observation des faits indiqués par M. Glénard dans son grand mémoire sur la *gasteroptose et l'enteroptose*.

M. Chantemesse présente *l'aspirateur automatique* du Dr Ruault, qui n'est autre qu'un siphon ingénieusement disposé, permettant de faire la thoracentèse sans aspiration, et, par suite, d'une façon absolument régulière, sans variation de pression.

MM. Josias, Juhel-Renoy et H. Martin sont élus membres de la Société. L. Capitan.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Cinq guérisons complètes sur cinq cas de méningite tuberculeuse ; par le Dr F.-W. Warfvinge.

II. Médication antipyritique ; par le Dr F. W. Warfvinge, médecin en chef de l'hôpital Sabbatsberg à Stockholm.

III. Hygrophila spinosa ou Asteracantha longifolia ; par W. Jayesingha.

IV. Antipyrine dans le mal de tête d'origine bilieuse ; par J. Ogilery.

V. Influence de la position dans le traitement des anévrysmes thoraciques; par Mackie.

VI. L'hydrate d'amylène, nouveau médicament hypnotique; par le Prof. von Mering (*Therapeutische Hefte*, juillet 1887.

I. Après avoir relaté les cas connus de la dite maladie traités auparavant avec succès au moyen de l'*iodoforme* (3 par Moleschott, 1 par Nilsson, et 1 par Soudén), M. Warfvinge, tout en faisant ses réserves contre une erreur de diagnostic possible dans l'un ou l'autre cas, communique la relation des cinq cas où il a donné la méthode de traitement suivante. Cette méthode consiste à faire des onctions sur la tête, préalablement rasée, avec une pommade iodoformée, aux proportions de 1 sur 5. On recouvre la tete d'une coiffe de taffetas imperméable fixée à l'aide d'une bande. On opère deux onctions par jour, une le matin et une le soir. Les frictions ont été faites : dans le 1er cas, 17 jours ; dans le 2e, 19; dans le 3e, 30; dans le 4e, ... et dans le 5e, 9 jours. L'âge des malades ainsi guéris était de trois ans et demie à treize ans.

Le Dr Warfvinge, en présence de ces cinq cas de guérison d'une maladie réputée incurable, voit là autre chose qu'un effet du hasard ; il recommande chaudement le traitement iodoformé dans la méningite tuberculeuse. Il est toutefois permis de faire encore des réserves sur cette thérapeutique d'une affection dont le terme est toujours fatal. Le nombre

des cas de guérison cités par l'auteur n'est pas assez grand pour qu'on puisse encore admettre la curabilité de la méningite tuberculeuse. *(Rapport d'exercice de l'hôpital de Sabbatsberg à Stocholm pour* 1885.)

II. L'auteur a cherché parmi les antipyrétiques dont il a étudié les effets, moins un agent destiné à abaisser à tout prix la température dans les maladies fébriles, qu'un médicament plus ou moins spécifique et antiseptique, exerçant son action sur l'origine même, l'infection de ces maladies. Pour lui, l'augmentation de la température n'a pas l'influence funeste sur l'issue de l'affection, comme le prétendent surtout les Allemands.

Les *bains froids* n'ont qu'un effet passager dans les fièvres graves ; s'ils agissent en quelque façon, d'après lui, c'est plutôt par leur action tonique et stimulante sur le système nerveux que par l'abaissement de la température qu'ils peuvent produire.

Pour l'auteur, si le *sulfate de quinine* agit dans les fièvres intermittentes et les autres maladies fébriles, c'est à son effet antiseptique qu'il le doit. Il en est de même de l'action de l'*acide salicylique* sur le rhumatisme dont il serait le spécifique. Les bienfaits qu'apporte ce dernier médicament sont moins durables, et n'ont pas d'influence décisive sur les autres fièvres. L'*acide phénique* en lavements semblerait convenir spécialement à la fièvre typhoïde. Le Dr Warfvinge a traité par ce système 178 cas, sur lesquels il y a eu 11 morts, mais, parmi celles-ci, 9 ont été dues à des complications et 2 seulement ont été occasionnées par l'infection typhique. L'auteur a remarqué que ce médicament abrège la durée de la maladie de 5 jours environ.

D'après lui, l'*hydroquinone* et la *résorcine* n'amènent qu'un effet passager avec transpiration abondante suivie souvent d'hyperthermie et de frissons. Fréquemment, pendant leur emploi, les malades se sont trouvés mal.

Le *thymol* présente un effet semblable à celui de l'acide phénique, mais moins marqué ; il n'aurait pas d'action atténuante sur la marche de la fièvre typhoïde. La *naphthaline* n'a pas donné de résultats satisfaisants. La *kairine* a une action antipyrétique considérable dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, mais de courte durée, et souvent suivie de frissons, de recrudescence de la fièvre ; elle n'agirait pas sur la marche de la première de ces affections. L'auteur s'est servi avec succès de l'*antipyrine* dans la plupart des fièvres. Elle produit rapidement l'abaissement de la température, avec une durée longue. A la suite, la fièvre revient lentement; la transpiration est modérée, sans frissons. Parfois elle occasionne des exanthèmes rubéoliformes. Son effet est sûr et sans nul danger. Si les morts ont été plus nombreuses parmi les malades soignés par ce mode de traitement, il faut s'en prendre aux formes graves qu'ils présentaient la plupart et à l'arrivée tardive des malades à l'hôpital. Avec la *thalline*, l'abaissement de la température a été notable, mais il a été suivi de fortes transpirations, et bientôt d'élévation thermique. Elle a peu d'action sur la marche de la fièvre typhoïde. Son emploi par petites doses de 5 à 10 centigrammes par heure donne de meilleurs résultats dans cette dernière maladie, qu'à doses massives. Elle aurait une certaine influence sur le processus morbide dans le rhumatisme, l'érysipèle et la fièvre intermittente.

L'action de ces médicaments se manifesterait, comme nous l'avons dit plus haut, d'après l'auteur, sur le principe même de la maladie, sur les micro-organismes, qu'il tuerait ou au moins dont il arrêterait le développement. Mais tous ces médicaments n'ont pas la même action sur chaque maladie. Partant de ce principe, il faut rechercher l'agent antipyrétique ou antimicrobien qui convient le mieux à chaque affection. *(Rapport d'exercice de l'hôpital de Sabbatsberg à Stockholm pour* 1885.)

A. B.

III. Cette plante a été essayée avec succès comme diurétique dans plusieurs cas d'hydropisie à l'hôpital civil de Kuru[illegible]. Les praticiens indigènes de Ceylan la donnent sous forme de décoction et localement sous forme de fomentation dans les cas d'inflammation et dans le rhumatisme. La cendre de la plante brûlée est, suivant le Dr Short, à la dose de 1/2 cuillerée à café deux ou trois fois par jour, un mode d'administration employé par les praticiens indigènes de l'Inde.

Le Dr Kirkpatrick dit l'avoir employée souvent avec succès dans les cas d'hydropisie et affirme qu'elle possède un pouvoir diurétique considérable. Le Dr Gibson en dit autant, ainsi que plusieurs chirurgiens de l'Inde. Le mode d'administration est le suivant : deux onces de la plante broyée sont infusées pendant une demi-heure dans une pinte d'eau bouillante qu'on donne par petites doses au malade dans les vingt-quatre heures. Le Dr Jayesingha rapporte six cas où il l'a employée avec succès, cas d'anasarque généralisée dans l'anémie produite par l'Anchylostomea duodénal. *(Brit. Med. Journal*, p. 118, 1887.)

IV. Non seulement pour couper court aux attaques, mais aussi pour espacer leur retour, le Dr Ogilery donne simplement l'antipyrine à la dose de 8 grammes, soit en pilules, soit dissoute dans un peu d'eau. On peut la prendre dès l'apparition de l'attaque, le malade restant couché dans une chambre sombre et tranquille. Au bout d'une heure, nouvelle dose semblable, au besoin une troisième et une quatrième. Mais généralement le sommeil ou une langueur agréable suit la première ou la deuxième dose, accompagnée par une disparition graduelle du mal de tête. Il n'y a aucun inconvénient consécutif. Au contraire, l'appétit revient et le malade se trouve mieux. *(Brit. Med. Journal*, p. 123, 1887.)

V. Le Dr Mackie rapporte le cas d'un homme porteur d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique. Il lui ordonna, entre autres prescriptions, de garder le lit et de prendre de grandes doses d'iodure de potassium, en commençant par 10 grains, trois fois par jour et allant rapidement jusqu'à 1/2 dragme. Ayant obtenu de l'amélioration, il lui continua ce traitement pendant cinq mois, portant quelquefois la dose jusqu'à 40 grains trois fois par jour. Il arrêta alors pendant 15 jours, au bout de cinq mois, le progrès n'ayant pas semblé continuer, il lui conseilla de prendre de l'exercice. Ce changement fut suivi de la diminution du volume de l'anévrysme, qui prit plus de consistance, et au bout de quelques mois le malade fut capable de travailler. Il rapporte un deuxième cas, semblable à celui-là; mais où le repos ne put être gardé aussi longtemps. Quelle que soit l'explication qu'on donne de ces modifications, c'est un fait clinique heureux, en contradiction avec la théorie. *(Brit. Med. Journal*, p. 154, 1887.) S.

VI. Le professeur Mering emploie l'hydrate d'amylène ($C^5H^{12}O$) depuis deux ans. Les expériences sur les animaux ont montré que ce médicament n'avait pas d'action désavantageuse sur la respiration et la circulation, et qu'il amenait un sommeil profond. A doses moyennes, il agit sur l'encéphale ; à fortes doses sur la moelle et le bulbe; les réflexes disparaissent, la respiration s'arrête, puis le cœur. Il est meilleur hypnotique que la paraldéhyde et plus agréable à prendre, il n'exerce aucune influence sur l'activité cardiaque comme l'hydrate de chloral qui abaisse la tension sanguine.

L'hydrate d'amylène administré en potion ou en lavement à la dose de 3 à 5 grammes détermine au bout d'une demi-heure un sommeil calme et durant de 6 à 12 heures. Pas de stade d'excitation, pas de nausées, de céphalalgie, de phénomènes congestifs ; la digestion reste normale, mais pour cela, il est nécessaire d'avoir une préparation absolument pure. Dans les cas d'insomnie par suite de douleurs (sciatique, etc.), il faut associer l'hydrate d'amylène à la morphine.

Un gramme de chloral, 2 gr. d'hydrate d'amylène, 3 gr. de paraldéhyde ont la même action. Cet hypnotique est employé avec succès à la clinique des maladies mentales du professeur Jolly à Strasbourg. J. DAGONET.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de pathologie générale; par H. HALLOPEAU, 2e édition, 1887, chez J.-B. Baillière.

La pathologie générale est aujourd'hui en pleine évolution ; un traité aussi consciencieusement écrit que celui de M. Hallopeau doit donc être souvent modifié, remanié et complété

pour être tenu au courant. Ainsi l'a bien compris l'auteur qui donne dans ce volume l'état absolument actuel de la science.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de l'analyse d'un pareil livre, dont le titre est beaucoup trop modeste. En effet, ce traité intitulé élémentaire est rempli d'une foule de faits intéressants, très nouveaux : tous les médecins peuvent le lire avec fruit, beaucoup pourront rafraichir leurs souvenirs et trouver bien des indications bibliographiques fort utiles, le plus grand nombre pourra se mettre au courant de beaucoup de points imparfaitement connus ou même ignorés ; une table alphabétique bien comprise facilite les recherches. Dans une première section, l'auteur étudie les causes intrinsèques, la constitution, les aptitudes morbides à propos desquelles est analysée, d'après les données récentes, l'immunité et les diverses hypothèses émises pour l'expliquer. L'âge et le sexe dont l'etude vient ensuite sont encore des facteurs importants pour l'évolution des maladies. Après les causes intrinsèques dynamiques à propos desquelles l'auteur indique ses recherches sur le rôle pathogène des excitations médullaires centrifuges et centripètes dans le développement de bien des affections spinales, il aborde l'étude des causes extrinsèques : lumière, froid, chaleur, électricité, pression, etc. Parmi beaucoup de faits intéressants que rapporte l'auteur, citons surtout la discussion de l'influence du refroidissement sur la production d'un grand nombre de maladies. Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des causes mécaniques, tant localement qu'à distance, des causes chimiques parmi lesquelles M. Hallopeau fait une large part à l'inanition et enfin des causes animées qui, comme bien on pense, occupent une grande partie du volume. Les principaux parasites sont décrits sommairement, mais d'une façon précise et avec figures, très claires ; de plus, de nombreuses indications bibliographiques renvoient aux ouvrages spéciaux ou aux travaux originaux. C'est ainsi qu'on trouvera comme nouveauté une description avec figures de l'actinomycose et les indications des principaux travaux qui traitent de ce sujet peu connu en France. L'histoire des agents infectieux fort détaillée nous parait pourtant ne pas être absolument exempte de quelques critiques. Tout d'abord elle est trop complète et voici comment : M. Hallopeau, désirant donner l'état actuel de la question, cite peut-être un peu trop de travaux sans faire bien des réserves nécessaires. Une foule d'auteurs, de valeurs très diverses, ont publié depuis quelques années des recherches dont les unes doivent être acceptées avec toute confiance, tandis que d'autres doivent être nécessairement vérifiées ou bien même considérées jusqu'à nouvel ordre comme non avenues. M. Hallopeau se sert aussi des mots bien démodés de miasmes et de contages qui ne répondent à aucune réalité objective. Nous ne pouvons non plus laisser passer sans élever d'objection, et bien que l'auteur lui ait donné une forme dubitative, le passage où, discutant la théorie des microzymas, il écrit « il n'est pas invraisemblable que des granulations animées puissent naitre des éléments de nos tissus et acquérir, sous l'influence de causes indéterminées, des propriétés nocives » (page 295). C'est là, on le sait absolument, une pure hypothèse que pas un seul fait expérimental ne permet d'admettre. Citer les travaux plus qu'étranges sur ce point de Béchamp et d'Estor, c'est pousser bien loin l'amour de l'exactitude ; M. Hallopeau les discute, mais certainement il ne peut avec son sens critique les admettre que pour ce qu'ils valent : bien probablement, les idées qu'il émet ne sont même pour lui que de simples vues de l'esprit. Nous ne pouvons nous empêcher encore de regretter les longs détails que M. Hallopeau consacre à l'étrange élément infectieux de l'impaludisme que Laveran a décrit ; là encore, comme à propos de quelques autres recherches, il aurait peut-être mieux valu faire tout au moins des réserves que nous croyons devoir être aussi grandes que possible en ce cas. Mais, abstraction faite de ces objections et de quelques autres se rapportant à des points de détail, on peut considérer que le long et fort complet chapitre que l'auteur consacre à l'étude des microbes est absolument au courant des recherches les plus récentes. Ce n'était pas une besogne facile que de résumer un aussi grand nombre de travaux d'une façon claire et précise. On ne saurait donc trop engager les étudiants et les médecins à lire ce chapitre qui leur permettra de se mettre rapidement au courant de questions si importantes actuellement et dont on ne saurait guère trouver ailleurs un exposé aussi précis.

La seconde partie est consacrée à l'étude des processus morbides : l'inflammation, l'hémorrhagie, la thrombose et l'embolie, etc. L'inflammation est exposée avec les détails qu'il convient et les données nouvelles : c'est ainsi que la karyokinèse est résumée avec figures démonstratives. La thrombose et l'embolie sont également traitées d'une façon claire et d'après les données récentes. Les processus caractérisés par des troubles de la nutrition sont décrits ensuite avec soin : l'auteur étudie en détail la mortification, l'atrophie, les dégénérescences, toutes les concrétions, les pigmentations, etc. Enfin, un long chapitre illustré de nombreuses figures est consacré à l'étude de toutes les variétés de tumeurs.

Dans la troisième partie de l'ouvrage, l'auteur étudie la symptomatologie générale, appareil par appareil ; chaque trouble fonctionnel des divers organes est décrit successivement avec le plus grand soin ; sa signification, son importance, sa valeur diagnostique et pronostique indiqués très exactement.

L'auteur laisse de côté l'étude des signes qui ressortit à la séméiotique et qu'il ne faut pas confondre avec les symptômes : « un bruit de souffle, dit-il, est un signe dont la valeur est souvent considérable ; ce n'est pas un symptôme, car c'est une conséquence purement physique de la lésion, sans aucune signification pour le fonctionnement de l'organe. » (page 481).

Bien que cette différenciation paraisse un peu spécieuse, on ne saurait réellement reprocher à l'auteur d'avoir complètement laissé de côté l'étude de la seméiotique : il est à souhaiter dans l'intérêt des élèves, qu'un jour il traite ce sujet de la même façon et donne ainsi au volume actuel une suite qui ne saurait manquer d'être fort intéressante.

Nous signalerons aussi l'intéressant chapitre consacré à l'étude de la fièvre. Enfin, dans une quatrième partie assez courte, l'auteur fait une classification générale des maladies, donne un aperçu du diagnostic et du pronostic en général, puis de la prophylaxie et de la thérapeutique générales. Un appendice résume les découvertes les plus récentes de la bactériologie.

Nous pensons en avoir assez dit pour montrer la haute valeur de ce livre qui, malgré son titre modeste, renferme un nombre considérable de renseignements utiles, de documents intéressants. Sa place est absolument indiquée dans toute bibliothèque médicale pour apprendre à ceux qui ignorent, faire que ceux qui ont oublié se ressouviennent et fournir immédiatement une indication précise à ceux qui savent : on ne saurait, croyons-nous, faire un meilleur éloge d'un livre ; nous sommes heureux de l'appliquer au sympathique auteur du *Traité élémentaire de pathologie générale*. L. CAPITAN.

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et sur l'épilepsie cérébrale; par le Dr FRANÇOIS FRANCK, 1 vol. in-8, 571 pages avec 83 figures dans le texte avec préface du professeur Charcot. — Paris, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

C'est le lot commun à toutes les grandes découvertes scientifiques de provoquer d'abord un puissant mouvement d'enthousiasme et de rencontrer ensuite un accueil plus indifférent et plus réservé. Dans les discussions soulevées au début, les arguments se pressent, l'attaque n'attend même pas la réponse : puis ce beau feu se calme ; chaque adversaire abandonne peu à peu son rôle militant et laisse à d'autres le soin de déterminer impartialement le résultat de la lutte. La découverte des localisations cérébrales n'a pas fait exception à la règle. Après avoir troublé pendant plusieurs années la quiétude du monde scientifique, elle est entrée aujourd'hui dans une phase plus tranquille. Ce n'est pas à dire que les controverses soient éteintes; mais elles sont moins violentes et moins nombreuses. On pourrait du reste dire qu'en science, comme en politique, les partis n'abdiquent jamais, car les malentendus persistent toujours. Qu'il s'agisse des phénomènes vaso-moteurs, qu'il s'agisse des fonctions du cerveau, qu'il s'agisse des théories microbiennes, les explications les plus plausibles s'appliquent à tous les faits. M. François Franck a été, dans les travaux sur les fonctions motrices du cerveau, l'un des ouvriers de la première heure ; en collaboration avec le professeur Pitres, il a apporté de solides matériaux à l'histoire des localisations cé-

rébrales. La part qu'il a prise dans cette découverte lui a naturellement suscité des contradicteurs et l'a obligé à se montrer plus d'une fois l'adversaire [illegible] de telle ou telle opinion. En [illegible] son livre, il aurait pu, par conséquent, conserver toute l'ardeur des jours de bataille. Il n'en a rien fait. S'il expose avec détails les résultats de sa propre activité, il accorde une grande place aux œuvres de ses adversaires. C'est sans passion, sans parti pris apparent, qu'il [illegible] les diverses hypothèses [illegible] doctrines. Il n'a voulu être qu'un guide. [illegible] pour la théorie [illegible]? Les points excitables de l'écorce sont-ils de véritables centres moteurs? Voyez alors toutes les objections que soulèvent les explications du physiologiste [illegible]. Préférez-vous [illegible] *sensitive*? La zône excitable de l'écorce est-elle constituée par des appareils de sensibilité dont l'excitation provoque le mouvement suivant le [illegible] et dont la destruction entraîne la paralysie par perte de la sensibilité [illegible]? Vous allez ainsi dans le sens [illegible] de M. Franck [illegible] mais de ce côté là encore [illegible] vous rencontrerez la théorie sensorio-motrice de Hitzig, de [illegible], qui veut que la zône excitable représente la sphère des perceptions tactiles et musculaires et des idéations motrices? [illegible] croyez-vous, avec Vulpian, que les régions du cerveau au niveau desquelles l'excitation produit des mouvements et les lésions des paralysies, sont de simples lieux de passage [illegible] moteurs? Enfin, pensez-vous avec Brown-Séquard, [illegible] que les réactions motrices d'origine cérébrale sont la conséquence d'effets positifs s'exerçant à distance sur des [illegible] véritablement moteurs : les troubles paralytiques consécutifs aux lésions ne résulteraient pas alors de la suppression des fonctions d'organes détruits, mais de l'influence [illegible], inhibitoire, produite à distance par ces lésions considérées comme irritatives. M. Fr. Franck vous donne en [illegible] les documents pour fixer votre opinion : mais, hélas, il avoue lui-même avec tant de bonne foi notre ignorance des processus cérébraux que vous vous déciderez difficilement à [illegible] votre choix parmi toutes ces théories.

En revanche, vous aurez des notions très nettes sur la nature des mouvements produits par l'excitation de la zône motrice du cerveau, sur l'épilepsie d'origine corticale, sur les troubles respiratoires et circulatoires provoqués par l'excitation des centres moteurs, etc. Les observations cliniques s'ajoutant aux [illegible] expérimentaux, vous montreront l'importance et la grandeur des découvertes effectuées dans le domaine des fonctions cérébrales.

M. le professeur Charcot a tenu, dans une savante préface, à recommander lui-même le livre de M. Fr. Franck [illegible] de tous ceux qui s'int[illegible] la pathologie cérébrale. Comme le dit l'auteur [illegible] nous analysons, une préface signée du savant, dont la compétence en pareille matière est universellement [illegible], est la plus désirable et la plus flatteuse des sanctions que l'on puisse attendre.

Mais le livre de M. Fr. Franck a droit encore à une autre sanction : celle-là, c'est le public scientifique et médical qui saura la lui donner.

P. L.

De la thermométrie et du pouls chez les femmes en couches;
Par le Dr L. [illegible].

Bien qu'il s'agisse là d'un travail remontant déjà à plusieurs années, nous croyons devoir en reproduire les conclusions.

1° Les suites de couches [illegible] [illegible]

[illegible] température [illegible]

Nous rappellerons à ce propos les recherches nombreuses faites par M. Bourneville sur *la température et le pouls avant l'accouchement chez les femmes* [illegible] dans la [illegible] [illegible] 1881, p. [illegible], 217. C'est également dans ce journal [illegible] 1875, p. [illegible], 138 et 171, les premières recherches sur la température dans *l'éclampsie puerpérale* [illegible].

Traité de l'angine de poitrine; par le Dr [illegible] (Paris 1887). [illegible] Delahaye et [illegible] Lecrosnier, éditeurs.

Malgré les quelques observations personnelles recueillies par [illegible] l'ouvrage est [illegible] une compilation qui [illegible] des erreurs et bien des vérités. On doit en tenir compte à l'auteur; mais on peut se demander si le besoin de cette monographie de plus de 600 pages se faisait sentir. Il y a trop longtemps déjà qu'on nous rabat les oreilles avec l'*angine de poitrine*. C'est en vain que les auteurs retournent la question dans tous les sens : ils ne la font pas avancer d'un pas et ils [illegible] l'attention des lecteurs. Nous ne disons pas cela pour l'œuvre de M. [illegible], qui en vaut bien d'autres. Nous reconnaissons même qu'elle contient des particularités intéressantes.

VARIA

Visite de M. Fallières, ministre de l'intérieur, à la section des Enfants de Bicêtre. — Distribution des prix

Le mardi 23 août, M. FALLIÈRES, Ministre de l'Intérieur, accompagné de M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, s'est rendu à Bicêtre, afin de visiter la nouvelle section consacrée aux enfants. Il a été reçu par M. Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris, M. Adancourt, économe, remplaçant le directeur de l'hospice et M. Bourneville, médecin du service. Parmi les notabilités présentes nous citerons : MM. Jacques, président du Conseil général de la Seine, Curé, Chassaing, conseillers municipaux, Lévêque, conseiller général, le Dr Roulos, conseiller d'arrondissement, MM. Vedie et Collinet, maire et adjoint de Gentilly, [illegible] Ferry, membre du Conseil de surveillance, Imard, inspecteur de l'Assistance publique, les Drs Delasiauve, Charpentier, [illegible], [illegible]; MM. Mourlan et Vaillant, [illegible], architecte, et Guary, ingénieur de l'Assistance publique, [illegible], directeur des sourds-muets, [illegible], le commandant du fort, M. [illegible], [illegible] médecine et les employés de la Maison.

M. Bourneville a d'abord conduit le Ministre au Musée pathologique. Il a montré les photographies des malades prises à l'entrée et quand il survient des changements soit en bien soit en mal, les moulages en plâtres faits après décès, [illegible] des cerveaux [illegible] observations des malades [illegible] chaque année, etc. [illegible] M. Peyron a montré à M. le Ministre, le [illegible], placé récemment en l'honneur de [illegible] M. Poubelle, préfet de la Seine. [illegible] M. Bourneville a fait visiter successivement : [illegible] la petite école comprenant la salle du [illegible] et des [illegible] de toilette, la petite gymnastique, la salle des [illegible], la salle [illegible], la grande école, les [illegible] dortoirs, les infirmeries des gâteux invalides, l'infirmerie et le pavillon des [illegible]. En revenant, il a fait voir le [illegible] et les jardins [illegible] point de vue de l'enseignement par les [illegible] élèves.

[illegible] M. le Ministre a assisté dans la cour principale à des exercices de gymnastique exécutés avec beaucoup d'ensemble et de précision par les enfants. Il a

été convié ensuite par M. Bourneville à présider la distribution des prix aux enfants. Quoique n'ayant pas été prévenu de cette solennité, M. Fallières a accepté de très bonne grâce l'offre du médecin de la section. La distribution a eu lieu dans la salle du gymnase élégamment décorée de drapeaux et d'écussons. »

M. Peyron a ouvert la séance par l'allocution suivante :

Monsieur le Ministre,

Permettez-moi de vous exprimer ma plus profonde reconnaissance pour [illegible]

[illegible]

Ensuite M. [illegible] a donné la parole à M. Bourneville, qui [illegible]

Monsieur le Ministre,

[illegible]

Mesdames, Messieurs,

[illegible]

de cette classe de malheureux déshérités (1). Une école fut créée à Leipzig ; Mrs [illegible], Conolly, Andrew, Reed, en Angleterre, [illegible] la création d'une petite école à Bath, puis à [illegible] en 1848, [illegible]. En même temps, Wilbur [illegible] en Amérique le premier asile pour les faibles d'esprit, [illegible] par les travaux de notre éminent compatriote, devenu plus tard [illegible] (2).

A partir de [illegible] se sont [illegible], à l'étranger. En [illegible]

[illegible] la Salpêtrière, le nombre des enfants [illegible] dans chacun des [illegible]. Les inspecteurs [illegible] A Maréville, [illegible] dans le quartier [illegible] qu'il [illegible] : il n'existe pas.

Il en est de même à [illegible] de Clermont (Oise), ainsi que nous [illegible] Bourneville [illegible] Dans la plupart des asiles on trouve quelques enfants [illegible] quinze ou vingt pour [illegible] huit garçons et autant de filles [illegible] de Châlons-sur-Marne, [illegible] septembre dernier. Les hôpitaux-hospices [illegible] reçoivent aussi parfois [illegible] soit dans les [illegible] se borne à leur donner des soins [illegible]

On ne se [illegible] pas, en présence d'une telle situation, [illegible] de traitement et l'éducation [illegible] dont l'enseignement est adopté dans la plupart des asiles [illegible] d'Allemagne et des Etats-Unis. Tous ont leur [illegible], directe ou indirecte, dans les travaux de [illegible] ce grand mouvement [illegible] du Dr Georges [illegible] des milliers d'enfants [illegible] maintenant, grâce à ces [illegible] et sont rendus heureux dans des asiles [illegible]

On [illegible] en aussi grand nombre [illegible] de notre pays, [illegible] L'étonnement [illegible] adressé en [illegible] à [illegible] M. Delasiauve, [illegible] rien [illegible] la question de [illegible] a été reprise en [illegible] Conseil général de la Seine et le Conseil municipal de Paris. [illegible]

[illegible]

(1) [illegible]

(2) [illegible]

(1) [illegible] *of Childhood and Youth*. London, 1877, p. 3.

(2) [illegible]

(3) [illegible]. London, 1877.

(4) [illegible]

(5) [illegible], p. 42.

grand nombre de ces malheureux enfants à la dignité d'homme, de leur donner une instruction suffisante, de leur apprendre un métier les mettant en mesure de gagner leur vie, il faudrait quand même les assister et l'assistance ne doit pas se limiter à telle ou telle catégorie, elle doit les embrasser toutes. Nombreuses sont les raisons que l'on peut invoquer à l'appui de cette opinion.

Il est un principe qui doit toujours guider en matière d'assistance : c'est qu'on doit assister les malheureux le plus près possible de leur domicile et toutes les fois que cela se peut, à domicile. A notre avis, conforme à celui de tous les hommes qui se sont occupés sérieusement de cette question et ont voulu substituer à l'aumône et à la charité une assistance vraiment républicaine, il ne faut recourir à l'hôpital ou à l'hospice, que si l'assistance à domicile ne peut pas être faite utilement. L'hospitalisation est indispensable quand le malheureux, par la nature de sa maladie ou de ses infirmités exige, pour être convenablement soigné, la présence constante de l'un des membres de la famille, lequel se trouve immobilisé et ne peut plus contribuer aux charges de la communauté. Tel est le cas des enfants désignés sous le terme générique d'incurables, comprenant surtout les *idiots*, les *imbéciles*, les *arriérés*, les *paralytiques*, les *épileptiques*, les *hystériques*, les *enfants* atteints de *perversion des instincts* ou de *folie morale*.

La présence de ces pauvres êtres dans la famille où, d'ailleurs ils ne peuvent recevoir aucune instruction, ni suivre aucun traitement efficace, est une source de graves inconvénients, engendrant une situation morale des plus pénibles et occasionnant une lourde charge.

Il est commun d'observer de ces enfants qui dès les premiers jours de leur naissance, poussent presque sans arrêts et surtout la nuit des cris aigus, empêchant père, mère, frères et sœurs de reposer. Et cependant, le lendemain il faut que le père retourne à son travail, que la mère vaque aux soins du ménage.

Ce n'est pas tout. Les voisins se plaignent, de là des querelles qui aboutissent généralement à un congé, aux embarras et aux dépenses d'un déménagement. Il y a ici des parents qui, pour des cas semblables, ont été dans l'obligation de déménager, une fois deux fois chaque année, jusqu'à l'admission de leurs enfants à Bicêtre ou à la Salpêtrière.

Sans vouloir exagérer l'importance des *impressions maternelles* durant la grossesse, il est certain que la vue constante de ces enfants difformes, sous le rapport physique et intellectuel, peut, parfois, avoir une action sur le produit d'une nouvelle conception. Dans tous les cas, il est une autre influence qui, elle, est incontestable : c'est l'influence exercée par l'aspect de ces enfants sur leurs frères et sœurs. Voici, à l'appui, ce que nous disait la mère d'un petit idiot : « Nous avons deux jumeaux âgés de 19 mois qui commencent à prendre ses manières, à se balancer, à se cogner la tête comme lui. Sans cela, ajoutait-elle, si je ne craignais pour les deux derniers, je le garderais à la maison. »

A coté de ces enfants idiots au dernier degré, il en est un grand nombre d'autres, imbéciles ou arriérés, qu'on ne peut garder dans les écoles de la ville parce qu'ils sont incapables de suivre les exercices des autres enfants et que leurs tics, leur insuffisance mentale rendent la risée de leurs camarades qui souvent même les brutalisent; ou bien ils troublent la classe par leur instabilité, leur besoin de mouvement, leurs contorsions, leurs crises convulsives; on les punit, on les met dans un coin, dans la cour : ils prennent l'école en dégoût, deviennent irritables et les maîtres sont obligés de les congédier définitivement. Beaucoup vagabondent ou se sauvent sans motif de la maison paternelle, servent d'instruments à de plus habiles, qui les poussent à des actes repréhensibles. On les arrête, parfois on les condamne. Ces fugues, ces arrestations, ces condamnations, sont une cause permanente de démarches, de pertes de temps, d'inquiétudes et de douleurs pour les familles.

Puis, viennent des enfants, plus ou moins débiles au point de vue intellectuel, quelquefois même bien doués sous ce rapport, mais atteints de perversion des instincts : voleurs, menteurs, onanistes, pédérastes, incendiaires, destructeurs, homicides, empoisonneurs, etc. Nous avons reçu récemment un enfant âgé de 9 ans, dont les parents ont dû réclamer d'urgence l'admission, parce qu'il avait l'idée fixe de « saigner sa petite sœur. » Les garçons se livrent soit sur leurs sœurs, soit sur les petites filles du voisinage, à des pratiques déplorables. Les petites filles de cette catégorie attirent les garçons, pervertissent leurs compagnes, servent à assouvir les désirs de gens sans scrupules. Sont-elles pubères, elles deviennent enceintes, produisent des enfants que la société doit nécessairement assister après avoir refusé de protéger et d'aider la mère, qu'on se décide tardivement à interner, à un âge où toute chance d'amendement a, sinon tout à fait disparu, au moins grandement diminué.

Enfin, nous citerons les enfants affectés de maladies convulsives : l'hystérie et l'épilepsie. Lorsque les crises sont rares, les instituteurs conservent ces enfants ; mais la plupart, et avec raison, les refusent; ils sont alors plus ou moins abandonnés dans la rue. S'ils ont 12, 13, 14 ans ou au-dessus, les parents essaient de les mettre en apprentissage : dès qu'une crise est constatée l'enfant est congédié. Et de nouveaux essais aboutissent aux mêmes échecs. Il importe aussi de se souvenir que si les convulsions n'ont en somme de conséquences graves que pour les malades, elles sont souvent précédées ou suivies de troubles intellectuels, d'impulsions les poussant à des tentatives de suicide ou d'homicide qui les rendent très dangereux pour la sécurité publique.

Nous pourrions rapporter de nombreux faits et en citer d'exceptionnellement graves, recueillis par nous soit à Paris, soit en province; nous pourrions relever ceux qu'enregistrent à chaque instant les journaux politiques. Nous nous bornerons à citer l'expérience et l'opinon de M. Delasiauve : « J'ai, dit-il, durant huit ans, exercé en province. Dans l'étroit cercle de quelques communes, je n'ai pas rencontré moins d'une dizaine des parias dont il s'agit. Tous vaguaient dans les rues ou les champs, sans que les parents en eussent cure. Deux idiotes, à ma connaissance, devinrent enceintes. Une troisième, soupçonnée de l'être, succomba en six heures à des symptômes que, tacitement, j'attribuai à des substances abortives. Parmi les hommes, trois frayaient dans les églises, attirés par le chant et le bruit des cloches. L'un d'eux accompagnait aussi les convois, s'apitoyant ou larmoyant avec les parents qui pleuraient. Un quatrième tua d'un coup de fourche un de ses voisins ; un cinquième alluma deux incendies. Des gamins qui se plaisent à agacer ces pauvres êtres, sont souvent victimes de leurs imprudentes taquineries. »

Toutes ces raisons nous paraissent démontrer d'une façon irréfutable, la nécessité de l'assistance des enfants dont nous venons de parler. Il s'agit là d'une grosse question, car leur nombre peut être évalué à environ 40,000 pour toute la France (1). Qu'y a-t-il à faire ?... Nous allons le dire tout à l'heure.

Mes enfants,

Vous profitez des sacrifices faits pour vous par la ville de Paris, par le Conseil municipal, à qui vous devez votre bien-être, votre instruction primaire et professionnelle, par l'Administration de l'Assistance publique qui, depuis qu'elle est dirigée par M. Peyron, s'intéresse sérieusement à vous. Il faut encore faire davantage ; il faut que vous suiviez toujours nos conseils, que vous écoutiez attentivement les leçons de vos maîtres et de vos maîtresses, à l'atelier, aussi bien qu'à l'école ; il faut vous montrer bons et secourables les uns envers les autres ; il faut résister à vos impulsions et corriger vos mauvaises habitudes. Si vous faites cela, chaque année, nous rendrons à la Société un nombre de plus en plus grand de jeunes gens instruits, bons ouvriers, capables de gagner leur vie par le travail ; chaque année aussi, nous pourrons faire passer un plus grand nombre d'entre vous, qui ne peuvent, à cause de leurs infirmités physiques, être envoyés au dehors, dans les divisions de l'hospice, où ils jouiront d'une liberté relative et pourront s'occuper utilement dans les ateliers des adultes, diminuant ainsi, dans une proportion variable, les charges que s'impose l'Assistance pour eux.

En travaillant bien, en nous fournissant de meilleurs résultats, vous rendrez encore un plus grand service. En voyant vos progrès, en constatant que, par un traitement, une hygiène et une éducation méthodiques, il est possible d'améliorer presque tous les enfants atteints de maladies nerveuses, d'en guérir complètement un certain nombre, vous donnerez aux médecins et aux administrateurs qui viennent ici et auxquels je fais visiter minutieusement votre service, quelque fatigue et quelque temps qu'il m'en coûtent, vous leur donnerez, disons-nous, des arguments puissants pour défendre dans leur pays la cause des malheureux enfants frappés comme vous dans leur intelligence. Et aujourd'hui, à moi-même, vous m'avez permis de plaider efficacement, je l'espère, auprès de M. le Ministre de l'Intérieur, la cause de tous les enfants arriérés, convulsifs ou réputés incurables, disséminés dans tous les départements.

Puisse ce que M. le Ministre a vu aujourd'hui à Bicêtre lui inspirer l'idée d'organiser dans toute la France, l'Assistance publique pour ces enfants, d'en faire une obligation légale et de créer des *asiles inter-départementaux* semblables à votre section. En le faisant, il accomplirait une réforme sociale qui ferait honneur à lui et à la République !

M. le Ministre a prononcé le discours suivant :

« Mes enfants, mesdames, messieurs,

« Je ne m'attendais pas à l'honneur de me trouver devant une si nombreuse société et de présider à cette distribution de prix. J'en voudrais presque à M. le Dr Bourneville de m'avoir ménagé cette trahison, si je n'avais pas tant à m'en féliciter. Il

(1) Dans leur rapport de 1877, les inspecteurs généraux évaluaient le chiffre à 36.000.

nous disait, en terminant sa brillante allocution, que le gouvernement de la République devait se préoccuper plus que tout autre du sort des déshérités, qu'il se fait un devoir et un honneur d'aller aux petits et aux humbles et d'essayer par ses efforts constants, d'en faire sinon des citoyens actifs, du moins des hommes utiles. Il m'est déjà arrivé de présider des distributions de prix ; mais dans aucune je n'ai ressenti une émotion aussi vive que celle que je ressens en ce moment et dont je veux vous faire part.

Je viens de visiter, dans tous les détails, ce bel établissement, qui fait honneur à tous. Il fait honneur à la ville de Paris, dont les représentants ont dépensé presque sans compter. Il fait honneur à l'Assistance publique et honneur à l'architecte, auquel j'adressais tout à l'heure mes félicitations, et à qui je tiens à les renouveler publiquement.

« Lorsque j'ai parcouru ces salles avec M. le Dr Bourneville, avec M. le directeur général, avec M. le directeur de Bicêtre et avec tous ceux qui vous sont attachés, je m'étais promis de vous dire, en vous quittant, ma satisfaction, et j'oserai même ajouter mon admiration, et combien il m'est doux d'adresser des félicitations sincères à tous ceux qui concourent à l'éclat de ce magnifique établissement, au directeur, aux instituteurs, au professeur de gymnastique, à vos surveillantes laïques, femmes modestes dont le dévouement est à la hauteur de la mission qu'on veut bien leur confier.

« Une des sollicitudes de chaque jour du gouvernement est de se demander si cette assistance, qui date de 1789, a été suffisamment développée. Pour cela, il faut un effort, et cet effort nous le demanderons aux départements, aux conseils généraux, aux préfets, aux municipalités, persuadé que lorsque nous aurons réussi, sinon tout à fait, du moins en partie, nous aurons fait une œuvre républicaine, œuvre sociale, l'œuvre que vous faites ici, Monsieur le Dr Bourneville, en consacrant ce que vous avez de mieux, votre dévouement, le meilleur de votre temps, comme ces internes dont vous me faisiez l'éloge tout à l'heure, en me disant : c'est le dévouement même.

» Je vois ici des prix, et si, comme je vous l'ai dit, M. Bourneville ne m'avait pas trahi, j'aurais apporté les miens ; mais je les enverrai demain (1) et je vous prierai, monsieur le directeur, de vouloir bien les donner dans chaque division à ceux que vous considérez comme les plus méritants.

« Je n'oublierai pas ce que j'ai vu aujourd'hui, et j'en ferai mon profit, comme homme, comme père de famille, comme citoyen, comme ministre d'un gouvernement qui doit tendre la main aux pauvres, aux humbles, à ceux qui souffrent, à quiconque a le droit d'avoir une place au soleil. »

Ce discours a été accueilli par d'unanimes applaudissements. L'un des enfants, Ygonel, qui a remporté le prix d'honneur, est alors monté sur l'estrade et a lu, au nom de tous ses camarades, le compliment suivant qui, « par la délicatesse touchante de sa forme, a vivement ému tous les assistants. »

Monsieur le Ministre,

En me donnant par leurs suffrages le prix d'honneur de l'école, mes camarades m'ont choisi pour venir saluer au milieu d'eux celui qui n'a pas craint de se soustraire un moment aux durs labeurs de ses hautes fonctions, et de venir assister à notre petite fête. Laissez-moi donc, Monsieur le Ministre, au nom de tous mes amis, vous souhaiter la bienvenue et vous remercier de nous avoir témoigné par votre visite le bienveillant intérêt que vous nous portez. Cette marque de sympathie nous est d'autant plus sensible, que, plus que tout autre, nous avons besoin de sentir qu'on ne nous oublie pas, et que, si notre mal nous isole pour un temps de la société, la société ne nous a pas abandonnés.

Du reste, que nous manque-t-il ici, et qu'avons-nous à envier aux enfants du dehors ? Grâce aux soins infatigables de M. le Dr Bourneville, le temps que nous passons à Bicêtre est loin d'être perdu. On nous apprend un métier qui plus tard nous permettra de vivre ; on fait ou on continue notre éducation et notre instruction ; on nous conduit à toutes les fêtes avoisinantes, et les grands jardins de Paris nous voient souvent dans leurs bosquets.

Aussi, Monsieur le Ministre, ne soyez pas jaloux si je me tourne maintenant vers M. le Dr Bourneville, pour le remercier aujourd'hui publiquement de tout le bien qu'il nous fait. Grâce à lui, beaucoup d'entre nous pourront un jour quitter Bicêtre et reprendre leur rang dans la société. Nous serions des ingrats si nous oublions dans nos témoignages de reconnaissance, M. le Directeur général, dont la constante sollicitude augmente tous les ans et nous fait trouver moins long le séjour dans cet établissement hospitalier.

Merci encore une fois, Monsieur le Ministre, merci au nom de mes camarades de l'honneur que vous nous avez fait ; merci au nom de tous nos parents.

M. FALLIÈRES a répondu ainsi qu'il suit :

Mes enfants,

« C'est avec plaisir que je vois que les leçons qu'on vous donne ici ne sont pas perdues. Le meilleur moyen de prouver votre reconnaissance, c'est de répéter les paroles que votre camarade vient de prononcer. Ne soyez pas jaloux, disait-il en se tournant vers M. Bourneville : non, je ne suis pas jaloux, je suis heureux au contraire de m'associer à ce témoignage de reconnaissance en affirmant que nous avons à faire, non pas seulement à un homme de cœur, serviable, mais à un homme de mérite, véritable bienfaiteur de l'humanité, et, avant de quitter cette enceinte, je tiens une seconde fois, M. le Docteur, à vous témoigner ma reconnaissance. »

Il a été ensuite procédé à la distribution des récompenses. Puis, avant de clore la séance, M. JACQUES, qui avait pris au fauteuil de la présidence la place de M. Fallières, obligé de se retirer avant la fin, a prononcé les paroles suivantes :

Mes enfants,

Je profite de l'occasion qui m'a placé au fauteuil de la présidence de cette fête pour me donner la parole... Rassurez-vous, je n'ai pas préparé de discours ; mais je ne puis lever brusquement la séance sans prendre acte des éloges adressés au Conseil général de la Seine et sans remercier les orateurs qui se sont si cordialement exprimés à son égard... Eh bien ! sans fausse modestie, je déclare que le Conseil général a vraiment mérité l'hommage qu'on lui a rendu ; mais je tiens à ajouter que dans les réformes accomplies dans l'Assistance publique, que dans l'œuvre admirable qui s'est réalisée ici, M. Bourneville, mon ancien collègue, a joué un rôle prépondérant, et a droit par conséquent à une grande part d'honneur.....

Il est certaines améliorations, Messieurs, qui sont longues à se produire parce qu'il faut deux choses à un homme d'initiative pour les faire aboutir devant une assemblée délibérante : être reconnu comme très compétent sur la matière toute spéciale qu'il traite et savoir par son caractère inspirer à tous une confiance absolue.

Un état de choses lamentable subsistait à Bicêtre, comme il subsiste encore ailleurs : Bourneville est élu conseiller, il fait connaître l'étendue du mal, il déclare qu'on peut y remédier et le Conseil général et le Conseil municipal, animés d'un même sentiment démocratique, s'émeuvent et n'hésitent pas à consentir les sacrifices d'argent qu'il faut faire : la cause était gagnée et la période réformatrice s'est ouverte.....

Eh bien ! Messieurs, un jour j'ai craint de voir la marche progressive vers l'état de choses merveilleux que vous venez de constater, se ralentir ; c'est au moment où les électeurs ont envoyé Bourneville à la Chambre des députés. Fort heureusement, il n'en a rien été et je tiens à bien le féliciter et à bien le remercier : c'est un grand exemple à retenir : Bourneville a assez donné à la politique pour être un excellent mandataire, mais il n'a pas cessé de se consacrer à l'une de ses œuvres de prédilection et il est demeuré le savant médecin et l'excellent philanthrope dont je m'honorerai toujours d'avoir été le collègue !

Il est un homme dont je dois associer le nom à Bourneville, c'est celui du Dr Robinet, que je ne cesserai de regretter. Robinet a continué avec le concours de plusieurs collègues de faire progresser les questions d'Assistance. Et pour que les résultats obtenus par le Conseil municipal portent des fruits, je me permets d'exprimer le vœu que les Conseils généraux envoient des délégués visiter Bicêtre. S'ils le font, je suis convaincu que le spectacle auquel ils assisteront produira la conviction dans les esprits même prévenus et que bientôt la question de l'assistance des enfants arriérés sera résolue dans toute la France.

Je termine, mes enfants, en vous engageant à vous montrer très reconnaissants envers tous ceux qui coopèrent à faire de vous, non pas des hommes brillants, mais des hommes utiles, dont une république démocratique doit avoir à cœur d'augmenter le nombre.

Ces bonnes paroles ont été accueillies par les applaudissements de tout l'auditoire. La séance a été levée et au moment où les assistants se sont retirés, les enfants ont entonné la *Marseillaise* avec beaucoup d'entrain.

(1) M. le Ministre a tenu sa promesse et dès le lendemain, il a envoyé quatre beaux volumes qui ont été remis aux enfants les plus méritants par M. Imard, le mardi 30 août.

Faculté de médecine de Montpellier.

La chaire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Montpellier était vacante. Le conseil des professeurs appelé à dresser la liste de présentation, inscrivit en première ligne M. Pécholier, et en deuxième ligne M. Hamelin. On sait que le Ministre désigne le titulaire de la chaire, après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. La section modifia la classification de la Faculté, plaça M. Hamelin en première ligne, M. Pécholier eut la seconde place. Conformément à cette décision, le Ministre de l'Instruction publique nomma M. Hamelin professeur de thérapeutique à Montpellier. Les agrégés et les professeurs de Montpellier, très émus par cette mesure, ont adressé à leurs collègues des autres Facultés une protestation. Ils accusent la section permanente d'incompétence. Un seul membre de cette haute assemblée est médecin, c'est M. Brouardel, et seul il a voté la ratification pure et simple de la décision des professeurs de Montpellier. M. Hamelin doit donc sa nomination à l'avis de philosophes, de littérateurs, de mathématiciens [illegible] peu aptes, semble-t-il, à discerner les [illegible] thérapeutiques du nouvel élu. Dans les cercles extra-officiels, on prétendait que les mérites des deux candidats étaient égaux ; que la Faculté avait donné le n° 1 à M. Pécholier parce qu'il n'était pas républicain, et que la section permanente avait choisi M. Hamelin parce qu'il n'était pas réactionnaire. Une lettre du Ministre à M. Pécholier déclare que les considérations politiques n'ont été pour rien dans l'affaire (voyez-la [illegible] de la *Province médicale* du 27 août 1887).

On lit d'autre part ce qui suit dans la *Revue scientifique* du 27 août 1887 : « Cela est assurément légal (la nomination de M. Hamelin ; mais il y a des légalités [illegible]. On parle de l'autonomie des Facultés, et voilà le cas [illegible] leur vote..... Si encore on avait une excuse — ou plutôt une circonstance atténuante — soit dans [illegible], soit dans le mérite transcendant de M. Hamelin. » La *Revue scientifique* termine par une [illegible] qu'il nous paraît inutile de reproduire.

Juges et Médecins

Le docteur Th. David, directeur de l'École dentaire, raconte dans le *Concours médical* le procès qu'il vient de soutenir contre une de ses clientes et qu'il vient de perdre [illegible] qui méritent d'attirer l'attention de [illegible]

[illegible]

... Il statuait sur la demande principale ; condamnait Mlle ... à payer au docteur David la somme de 50 francs à titre de soins et visites.

2° statuant sur la demande reconventionnelle, reçoit Mlle B... reconventionnellement demanderesse en la forme et au fond la déclare non recevable en icelle.

[illegible]

Mlle B... en appel de [illegible], et voici le jugement qu'elle obtient devant le tribunal civil.

[illegible]

[illegible] sans être pourvu du diplôme de pharmacien ;

Attendu que [illegible] a déjà été condamné pour exercice ille-

gal de la pharmacie ; qu'il [illegible] ciale ; qu'il a, dès lors, [illegible] loi du 21 germinal an XI et 1er de la loi du 29 pluviôse an XIII.

Attendu que, par suite des [illegible], la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a éprouvé un préjudice dont il lui est dû réparation ; que le tribunal possède les éléments suffisants pour en apprécier l'importance ; faisant application des articles ci-dessus visés, ainsi conçus : [illegible] condamne Faurie à 600 francs d'amende et à dix jours d'emprisonnement ; le condamne, par toutes les voies de droit, à payer à la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, la somme de 3.000 francs à titre de dommages et intérêts ; ordonne la fermeture de l'officine tenue par Faurie, boulevard [illegible], 75, et l'affichage du présent jugement à [illegible] des vingt arrondissements de Paris ; ordonne, en outre, l'insertion du présent jugement [illegible] partie civile, et aux frais de Faurie, sans que le coût de chaque insertion puisse excéder la somme de 200 francs.

Condamne en outre Faurie en tous les dépens, etc.

Observation : On remarquera que le tribunal, au lieu d'appliquer l'article 6 de la déclaration du roi de 1777, condamne, cette fois, en vertu des articles 36 de la loi de germinal, et 1er de la loi de pluviôse an XIII. Le tribunal a pensé que cet article, qui prohibe la vente sur tréteaux et étalages, pouvait s'appliquer à la vente en boutique, et comme Faurie a déjà été condamné en vertu de ce même article pour vente du [illegible], remède secret, il lui applique la peine de l'emprisonnement.

C'est un retour à une ancienne jurisprudence qui avait été abandonnée. Elle permettra d'appliquer les peines de l'emprisonnement aux récidivistes, tandis qu'en appliquant seulement les art. 33 de germinal et 6 de la déclaration de 1777, les contrevenants n'étaient jamais punis, même en cas de récidive, que d'une amende souvent réduite par le ministère de la justice. — G. Bogelot (*Union pharmaceutique*, août 1887.)

Association scientifique française. — Congrès de Toulouse.
Suite des communications annoncées. — 3e groupe. — Sciences naturelles.

MM. ARMAINGAUD (le Dr), agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux, et LAFARGUE (Paul), préfet des Pyrénées-Orientales. Le sanatorium maritime de Banyuls-sur-Mer. — ARMAINGAUD (le Dr), de Bordeaux. Le [illegible] d'Arcachon. — ARNAUD (le Dr), à la Jesse, par [illegible]. Introduction à l'étude des [illegible] de la mort de [illegible]. [illegible] — BLEICHER et BARTHÉLEMY, de Nancy. Nouvelles recherches sur les camps d'Afrique et de [illegible] ; étude des matériaux calcinés et vitrifiés. — PRÉMOND (le Dr E.), médecin du lycée Condorcet, à Paris. [illegible] — CAU-DURBAN [illegible] [illegible]

[illegible]

LANDRIEU [illegible] — MONTANÉ [illegible] — PATEANT [illegible] d'Anvers. [illegible]

[illegible]

4e groupe. — Sciences économiques.

MM. DELMOTE [illegible] — LEAUTAUD [illegible] — NIVET [illegible], vice-président du conseil [illegible]. Note sur les épidémies de [illegible] à Clermont en 1867 et en 1886.

Société française d'otologie et de laryngologie.

Conformément à l'article [illegible], l'ouverture de la session ordinaire [illegible] octobre prochain, le lieu et l'heure de la réunion [illegible] dans la circulaire [illegible] du comité du 23 août 1887.

[illegible] ART. [illegible] — [illegible] sera écrit en français [illegible], au plus tard, sur [illegible] lecture. A défaut du [illegible] adresse à M. le secrétaire [illegible]

2° ART. [illegible] — [illegible] il faut remplir les conditions suivantes : 1° [illegible] ; 2° Adresser une demande [illegible] à M. le secrétaire ; 3° Joindre à cette demande [illegible] les travaux dont s'occupe [illegible] titulaires.

[illegible] ART. [illegible] — [illegible] entre les mains du trésorier, M. le Dr [illegible], place de la Madeleine, le montant [illegible] de sa cotisation, [illegible] démissionnaire.

[illegible]

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 21 août 1887 au samedi 27 août 1887, les naissances ont été au nombre de [illegible], se décomposant ainsi : Sexe masculin : légitimes, [illegible] ; illégitimes, [illegible]. Total, [illegible]. — Sexe féminin : légitimes, [illegible] ; illégitimes, [illegible]. Total, [illegible].

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants [illegible]. Du dimanche 21 août 1887 au samedi 27 août 1887, les décès ont été au nombre de [illegible], savoir : [illegible] hommes et [illegible] femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. [illegible] F. [illegible] T. [illegible] [illegible]

[illegible]

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. [illegible] [illegible] MM. [illegible], [illegible] pendant l'année scolaire 1887-1888, est [illegible] à M. [illegible], agrégé des

travaux pratiques d'histologie à la Faculte de médecine de Paris. M. RÉMY, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé pendant la durée du congé accordé à M. Cadiat des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie à ladite Faculté. — MM. CHARCOT, GRANCHER ET VERNEUIL, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, sont dispensés du service des examens pendant l'année scolaire 1887-1888.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. CARPENTIER (Ch.-A.), est nommé pour trois ans prosecteur à ladite Faculté, en remplacement de M. Curtis, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Un congé est accordé pendant l'année scolaire 1887-1888, pour raisons de santé, à M. Berne professeur de pathologie externe à ladite Faculté. M Polloson, agrégé près ladite Faculté, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de pathologie externe. — Sont nommés pendant l'année scolaire 1887-1888 : 1° *Chefs des travaux de laboratoires*, MM. MAGNIEN, *histoire naturelle* ; RODET, *médecine expérimentale* ; CHANDELEUX, *anatomie et histologie* ; BARD, *anatomie pathologique* ; DIDELOT, *physique* ; LINOSSIER, *chimie minérale* ; REBOUL, *physiologie* ; LEVRAT, *médecine opératoire* ; BEAUVISAGE, *matière médicale* ; HUGONENQ, *chimie organique* ; COUTAGNE, *médecine légale* ; FLORENCE, *pharmacie* ; MONDAN, *clinique chirurgicale* ; BLANC, *clinique médicale* (travaux biologiques). — 1° *Préparateurs de travaux de laboratoires* : DESPEIGNES, *histoire naturelle* ; GAILLARD, *médecine expérimentale* ; MEURER, *anatomie pathologique* ; LIGNON, *chimie minérale* ; DOYON, *physiologie* ; A. POLLOSSON, *médecine opératoire* ; JACQUEMET, *matière médicale* ; BARRAL, *chimie organique* ; SAINT-CYR, *médecine légale* ; — 3° *Aide préparateur de travaux des laboratoires*, M. TRÉVOUX, *anatomie pathologique*,

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — M. ALLEN est nommé professeur de physiologie à l'université de Birmingham.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Un legs de la valeur de *quarante mille francs* vient d'être faite à l'Académie des sciences, par Mme Foehr, décédée récemment à Paris. Les arrérages de cette somme, placée en rentes françaises 3 0/0, devront servir à la fondation d'un prix annuel, qui portera le nom de « prix Dellion » Ce prix est destiné à récompenser un travail ou un ouvrage important sur l'art de guérir.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le Congrès de l'*Association française* s'ouvrira à Toulouse, le 22 septembre prochain. Deux conférences doivent être faites par MM. JANSSEN et FOUQUÉ, de l'Institut. — En dehors d'une excursion finale dans les Pyrénées, l'Association visitera Carcassonne, Albi, Carmaux, etc. C'est à Oran que doit se tenir (en avril) le congrès de 1888 ; mais les personnes inscrites en 1887 seront seules assurées de jouir des avantages accordés aux membres de l'Association. Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat, 4, rue Antoine-Dubois. Paris.

HOPITAUX DE LA SEINE. — Un hospice intercommunal, fondé par les trois communes suivantes du département de la Seine : Fontenay-sous-Bois, Montreuil et Vincennes, va être créé à Fontenay-sous-Bois. — Un décret du 5 août 1887 autorise la création d'un hopital à Clamart (Seine). C'est là un bon exemple.

HÔPITAUX DE NANTES. — M. COICAUD vient de laisser toute sa fortune, évaluée à 800.000 fr. environ, aux hospices de Nantes ; laquelle somme sera affectée aux différents services hospitaliers.

HOPITAUX DE ROUEN, — A la suite du concours ouvert pour la nomination de médecins-adjoints des hôpitaux de la ville de Rouen, les candidats ont été présentés par le jury dans l'ordre suivant : MM. Brunon, Boucher et Lerefait. — M. le Dr Ch. BATAILLE, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux de Rouen.

LABORATOIRE MUNICIPAL DE CHIMIE. — M. JUMEAU est nommé chimiste à ce laboratoire, ainsi que M. SCHLUMBERGER, autrefois expert-inspecteur. M. GÉLIN est nommé expert-inspecteur.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. TRÉLAT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission à Constantinople et à Athènes pour visiter les établissements scientifiques médicaux et charitables de ces deux villes. M. BARETTE, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et adjoint à la mission de M. Trelat.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D OTOLOGIE ET LARYNGOLOGIE. — La prochaine session ordinaire de la Société française d'otologie et de laryngologie s'ouvrira le jeudi 20 octobre 1887.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le Dr HENRI LESTELLE (de Cauna, Landes). — M. le professeur A. PANSCH, décédé le 14 août à Kiel et né le 2 mars 1841. On lui doit surtout un *Grund riss der Anatomie des Menschens*, Berlin, 1879-1881. — M. le Dr DEMEAUX (d'Aix-les-Bains), ancien interne des hôpitaux de Lyon, auteur d'une thèse sur *l'emploi du drap mouillé dans la fièvre typhoïde*. D'abord médecin à Paris où il exerça 16 ans, il ne se fixa à Aix que pour raison de santé. — M. le Dr GORDON (A.), de Belfast, professeur de chirurgie à l'Ecole de médecine de cette ville. — M. le Dr PINET (du Pont-de-l'Arche, Eure), mort à 45 ans. — M. le Dr J. CASTEL, médecin militaire, mort au Tonkin. — M. le Dr Fernand MEYER, ancien interne des hôpitaux de Lyon, décédé à 34 ans. — Le *Poitou médical* annonce la mort de M. le Dr Jacques LACHAIZE, né à la Tour (Puy-de-Dome), en 1855, ancien médecin à Tauves, d'abord professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Poitiers et chef des travaux anatomiques, puis licencié ès sciences naturelles à Poitiers et professeur titulaire d'anatomie depuis 1886. — M. le Dr GRASSI, ancien directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, décédé à l'age de 60 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

BOUCHARD (A). — Nouveaux éléments de pathologie externe. Tome 1er, 2e fascicule : Affections chirurgicales des appareils et des systèmes, avec la collaboration de MM. Viault, Demons, Planteau, Pichaud et M. Denucé. Volume in-8 de 376 pages. — Prix : 6 fr.

PAUL (C.). — Diagnostic et traitement des maladies du cœur. Deuxième édition, revue et augmentée. Volume in-8 de 974 pages, avec 138 figures et 1 planche en chromo-lithographie.—Prix : 16 fr.

BARADUC. — Traitement de l'endométrite chronique par la galvano-caustique chimique intra-utérine (observations personnelles). Méthode du Dr Apostoli. Brochure in-8 de 8 pages. — Paris, 1887. *Journal de médecine de Paris*.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS. — Assemblée générale du 27 avril 1887. Brochure in-8 de 16 pages. — Au siège de la Société, 22, place Saint-Georges.

COUTAGNE (H.). — Manuel des expertises médicales en matière criminelle. Volume in-12 de 273 pages. — Lyon et Paris, 1887. Librairie Storck.

HALLOPEAU. — Thérapeutique générale de la syphilis. Brochure in-8 de 9 pages. Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*. — Paris, 1887.

Librairie J.-B BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

CULLERRE (A.). — Nervosisme et névroses. Hygiène des enervés et des névropathes. Volume in-18 de 352 pages. Prix : 3 fr. 50

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

ANDRIEU. Projet de discours sur la réglementation de l'exercice de l'art du dentiste. Brochure in-8 de 19 pages. — Prix : 2 fr,

---

BOVET (Ch.). — De l'entérite chronique et de son traitement par les eaux minérales de Pougues. Brochure in-8 de 40 pages.— Paris, 1887. Imprimerie A. Lanier.

VINCENT (A.). — Le bureau de salubrité de Genève. Son organisation. Sa première année d'existence. Brochure in-8 de 41 pages, avec 5 tableaux hors texte. — Genève 1887. Imprimerie centrale Genevoise.

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE DU HAVRE. — Congrès national scientifique. — Prophylaxie des maladies pestilentielles exotiques à bord des navires en cours de voyage. Projet d'une instruction à l'usage du personnel naviguant, médecins, capitaines et officiers de la marine de commerce. Brochure in-8 de 112 pages. — Havre, 1887. Imprimerie du commerce.

EXMER (S.). — Einige Beobachtimgen über Bewegungsnachbilder Brochure in-8 de 6 pages. — Wien, 1887. Hofbuchdruckerei Carl Fromme.

Librairie G. MASSON, 120, boulev. St.-Germain.

MANGENOT. — L'inspection hygiénique et médicale des écoles : I. Ce qu'elle est : 1° à l'étranger ; 2° en France ; — II. Ce qu'elle doit être : programme et organisation. Brochure in-8 de 64 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le mal de mer ;

Par F. REGNAULT, interne des hôpitaux.

L'emploi de la cocaïne dans le mal de mer a déjà été tenté plusieurs fois. Manasseïn, de St-Pétersbourg (1), le premier, essaya une solution faible et institua la formule suivante :

Chlorhydrate de cocaïne . .	0,15 centigr.
Eau	150
Alcool éthylique	95

en prendre une cuillerée à café toutes les deux heures.

Il obtint des succès préventifs sur deux passagers, curatifs sur deux autres.

V. Otto (2) emploie au contraire une solution au dixième, dont il fait absorber cinq grammes dans la journée, de façon à ne pas dépasser 0,01 à 0,02 centigr. de cocaïne chaque fois.

Lilienthal (3) l'emploie au contraire au 1/500 c. ou au 1/100 c. à doses répétées, et Kessler (4) proteste contre ce mode de faire, disant que, si la cocaïne prévient le vomissement, cet avantage est largement compensé par la perte d'appétit, l'anorexie, l'inertie des voies digestives.

Monin, enfin (5), n'obtenant rien avec la potion Manasseïn, essaya la cocaïne en solutions concentrées (60 centigr. pour 100 gr. d'eau). Dans 4 à 5 observations prises dans une courte traversée de 3 heures, il obtint d'excellents résultats.

Fort de ces précédents, devant en novembre 1886 faire un voyage au Brésil sur la *Ville de Rio de Janeiro*, j'emportai pour essayer 2 grammes de cocaïne. Bien qu'à cause de la faible quantité, je n'ai pu en généraliser l'emploi, cependant deux cas m'ont paru offrir des résultats assez remarquables pour pouvoir être publiés.

OBSERVATION I. — Marie H..., âgée de 44 ans, émigrante.

25 *novembre*. Au début de la traversée par un temps calme, le mal de mer la prend. Elle vomit cinq fois dans la journée et est très abattue.

26 *novembre*. 9 h. 1/2 du matin, je donne 10 centigr. de cocaïne dans une demi-tasse à café (environ 150 gr.) aromatisé avec un peu d'alcool de menthe. 11 h. du matin. La malade est toujours aussi souffrante, elle a de nouveaux vomissements. Midi. Je donne 30 centigr. de cocaïne dissous dans une demi-tasse à café d'eau ; elle les revomit presque immédiatement. 4 h. L'état reste le même.

27 *novembre*. Même état.

28 *novembre*. Même état. Arrivée à Lisbonne.

4 *décembre*. Départ de Lisbonne. Le mal de mer reprend violent. Elle vomit, est absolument abattue. Je fais à l'hypochondre gauche une injection de deux grammes de solution de cocaïne au vingtième, une bonne moitié tombe sur la peau l'aiguille étant rouillée, néanmoins la malade affirme être soulagée : elle se lève et n'a plus aucune envie de vomir. Le soulagement se prolonge dans la nuit du 4 où elle dort un peu. Mais le 5 au matin deux vomissements de glaires. Le lendemain le mal de mer cesse, le temps étant superbe, mais la malade reste très affaiblie.

12 *décembre*. Arrive un fort tangage qui ramène le mal de mer. 6 h. 1/2 du soir elle mange un peu, mais éprouve des hauts le cœur. N'ayant plus ma seringue dont la pointe est hors d'usage, je donne à boire une solution de 10 centigr. de cocaïne dans 1 gr. 50 d'eau. Dix minutes après elle se sent bien, se lève, réclame à boire. Le bien être subsiste jusque trois heures après l'ingestion du remède; ensuite elle est reprise du mal de mer mais bien moins intense.

13 *décembre*, matin. Le mal de mer persiste, mais moins fort. Administration de 10 centigr. de cocaïne dans 1 gr. 50 d'eau. Elle mange, sur sa demande, une demi-heure après, de la viande rôtie qu'elle ne vomit pas. Prend le soir un peu de bouillon qu'elle garde. Elle reste sans vomir jusqu'à quatre heures du matin. Le lendemain le mal de mer reprend un peu, puis le temps redevenant beau, il disparaît.

OBS. II. — K. A..., 31 ans, a deux enfants en bas-âge dont un qu'elle nourrit. Elle a eu au début un très fort mal de mer. Il avait disparu quand le 12 décembre un fort tangage le ramène. A cinq heures du soir elle boit une solution de 10 centigrammes de cocaïne dans 1 gr. 50 d'eau. Elle se sent mieux, mange à six heures du bouillon et du rôti qu'elle garde. Je la revois le soir, elle se trouve bien, n'a plus d'envie de vomir ; tout au plus un peu de céphalalgie.

13 *décembre*. Le mal de mer reprend vers minuit ; elle se remet à vomir vers le matin un morceau de pain qu'elle a mangé. Vers 4 heures a toujours un mal de mer intense. Je lui redonne la même dose de cocaïne ; après, elle se trouve mieux, prend du bouillon, se lève.

14 *décembre*. Le mal de mer est revenu, mais disparaît le soir, le temps revenu au beau.

En résumé, en deux cas de mal de mer, l'administration de cocaïne a un titre faible (vers 1/1500e et 1/500e) quoique en forte quantité (10 cent., puis 30 cent. de cocaïne), n'a amené aucun résultat; tandis que la solution forte au dixième, soit en boisson, soit en injection hypodermique, a coupé le mal de mer chez deux sujets ; à cinq reprises différentes, on obtenait la disparition du mal de mer, la possibilité de manger et de digérer sans vomir ; bien mieux, la malade se levait, se promenait et causait. L'effet, il est vrai, n'était pas durable (7 à 8 heures environ).

Dans les cas de mal de mer intense, la solution concentrée a donc été efficace, et, s'il m'est permis d'exprimer une opinion, l'action de la cocaïne paraît ici être toute locale ; elle anesthésie l'estomac comme elle anesthésierait la peau. D'où la supériorité des solutions concentrées sur les diluées. Ceci ne s'accorderait évidemment pas avec la théorie en vogue, qui admet comme pathogénie du mal de mer l'ébranlement du liquide céphalo-rachidien ; elle justifierait plutôt l'ancienne idée de Kéraudren, qui admettait que le frottement des viscères abdominaux amène les contractions et le spasme de l'estomac.

Je rapprocherais de ces faits les cas de vomissements incoërcibles (surtout dans la grossesse), guéris par la cocaïne, alors que les autres médicaments restaient vains. J'en ai eu, cette année, une preuve à la salle Trousseau ([illegible]), dans un cas de grossesse avec vomis-

(1) *The Practitioner*, décembre [illegible].
(2) *Berlin. Klin. Woch.*, 26 [illegible] 1885.
(3) *New-York medical Journal*, 7 [illegible].
(4) *New-York medical Journal*, 31 octobre [illegible].
(5) *Thérapeutique contemporaine*. 1886.

sements incoërcibles, que la morphine même n'arrêtait pas; les injections de cocaïne (10 0/0) les firent cesser et, à la fin du quatrième mois, elle expulsa un môle hydatique. Quoi qu'il en soit, dans le cas spécial de mal de mer, la trop faible quantité (1) de cocaïne emportée m'a empêché de généraliser mes expériences, et, si je les publie, c'est moins pour porter une affirmation hasardeuse que pour amener d'autres à essayer la cocaïne en solutions concentrées, sans désespérer alors que les dilutions faibles auront été impuissantes.

Si la cocaïne était difficile à avaler, on pourrait l'enfermer dans des capsules ou même en faire des pastilles.

OPHTALMOLOGIE

Ophthalmoplégie nucléaire (*fin*);

Par le professeur KOJEWNIKOFF (de Moscou) (2).

A notre connaissance, il n'y a pas encore de cas d'ophthalmoplégie pure et simple avec données anatomo-pathologiques correspondantes. Quant aux preuves cliniques de l'existence d'une lésion systématique, elles consistent surtout en ce que, dans certains cas, l'ophthalmoplégie était compliquée de symptômes qui appartiennent à une affection systématique de la moelle allongée ou de la moelle épinière, savoir, les symptômes de la paralysie bulbaire (cas de von Graefe (3), de Fœrster (4), etc), et parfois aussi ceux de l'atrophie musculaire; nous avons pu observer trois cas, dont deux ont déjà été décrits par M. le docteur Roth (5).

Ainsi l'*existence d'une lésion systématique des noyaux des nerfs moteurs des yeux* peut être actuellement considérée comme prouvée au moins dans la forme chronique.

Mais une lésion systématique de la moelle épinière et de la moelle allongée peut exister, aussi bien dans la forme aiguë qu'à la forme chronique; des observations prouvent que cette forme aiguë peut aussi se rencontrer dans cette région du cerveau. Se basant sur trois observations (6) faites par lui-même, M. Wernicke a décrit cette forme sous le nom de *poliencephalitis superior acuta hæmorrhagica;* il n'avait pu trouver dans la littérature qu'un seul cas pareil, décrit par M. Gayet, mais dans ce dernier cas, la lésion était trop étendue. Autant que nous sachions, aucune autre observation semblable n'a été publiée depuis celles de M. Wernike; c'est pourquoi le cas que nous avons pu observer dernièrement dans notre clinique offre un intérêt particulier.

Le 23 février 1886, entrait à notre clinique Victor G., coiffeur, âgé de 41 ans; il était atteint de graves symptômes cérébraux: connaissance très obscurcie, délire, faiblesse parétique des extrémités et troubles particuliers dans les mouvements des yeux.

Nous n'avons pu réunir que très peu de renseignements sur son existence antérieure; mais nous savons pour sûr que durant bien des années, G. abusait beaucoup des boissons spiritueuses et buvait dans les derniers temps jusqu'à trois bouteilles d'eau-de-vie par jour, sans compter le vin et la bière. Mais malgré cela il jouissait jusqu'à ces derniers temps d'une bonne santé; du moins il ne semble pas qu'il ait jamais eu de maladie sérieuse; il n'a jamais été atteint de syphilis et n'a jamais subi de traumatisme de quelque importance; ce n'est que dans les premiers jours de février 1886 que sa santé a commencé à s'altérer: il ressentit des douleurs au creux de l'estomac et une faiblesse générale. On peut fixer le début de sa maladie actuelle au 16 février; à cette époque il commença à se plaindre de faiblesses dans les jambes, de lourdeur de tête; de temps en temps on put remarquer chez lui du délire et, semble-t-il, des hallucinations visuelles. Ces symptômes augmentèrent de jour en jour; ses jambes devinrent si faibles que le malade dut rester constamment couché; la faiblesse gagna les bras; le délire et les hallucinations devinrent plus violents; c'est à cette époque qu'on remarqua des troubles dans les mouvements des yeux; la santé du malade empira de plus en plus et, le 23 février, il fut apporté à la clinique dans l'état suivant:

ETAT ACTUEL: Le malade est constamment couché parce qu'il ne peut non seulement être debout, mais même rester assis. Température 35,8°; pouls 96, régulier, mais très faible; on peut remarquer une certaine cyanose à la figure et aux extrémités. La connaissance du malade est très obscurcie; de temps en temps il peut encore faire une courte réponse, mais le plus souvent il prononce des paroles incohérentes; en même temps on peut remarquer quelque excitation psychique qui se trahit par une certaine loquacité et par une tendance à gesticuler. Le plus souvent, le malade délire; il a indubitablement des hallucinations, car il dit voir du feu, divers animaux, etc. Il a quelque peine à s'exprimer, prononce les mots d'une manière un peu indistincte, les mouvements des jambes sont possibles, mais très faibles; de plus ils sont irréguliers: il y a jusqu'à un certain point ataxie. Les mouvements des bras sont libres, quoiqu'ils aient perdu de leur force; mais ils sont encore plus irréguliers que ceux des membres inférieurs, en raison de la grande quantité de mouvements superflus. La nutrition des muscles des extrémités est normale; leur contractilité électrique ne s'écarte pas non plus de l'état normal. Les réflexes rotuliens sont abolis; mais les réflexes cutanés de la plante des pieds sont exagérés; les réflexes du crémaster et des muscles abdominaux font défaut. La sensibilité de la peau a partout persisté, mais elle a quelque peu diminué (il a été impossible de l'examiner à fond, à cause de l'état psychique du patient). La compression des troncs nerveux et des muscles ne provoque nulle part de douleur; celle de la colonne vertébrale donne le même résultat. Tous les mouvements de la langue sont possibles. On ne remarque rien d'anormal dans les muscles du visage, mais il y a chute de la paupière supérieure des deux yeux, surtout du droit, si bien que le malade ne peut les soulever à volonté (ptosis).

Le malade s'oppose en fermant fortement les yeux aux essais faits dans le but de les lui ouvrir; de même, les paupières se ferment encore d'avantage sous l'influence de la lumière; la faculté de fermer à volonté les yeux est intacte.

L'examen des yeux donna les résultats suivants: les deux globes sont constamment déviés à la fois en haut et en dehors et leurs mouvements dans tous les sens sont très limités; dans le mouvement en dedans, les yeux atteignent à peine jusqu'à la ligne médiane; d'ailleurs les mouvements en haut et en bas sont aussi très limités; ceux en dehors, quoique plus faciles, ne sont pas non plus parfaitement libres; tous ces symptomes sont plus marqués dans l'œil droit que dans le gauche. Les pupilles égales dans les deux yeux, sont de moyenne grandeur et réagissent indubitablement à la lumière. La vue ne semble pas avoir souffert; du moins, il est incontestable que le malade voit de l'un et de l'autre œil; on ne peut pas non plus remarquer de troubles de l'accommodation. Malheureusement il n'était pas possible de faire un examen plus complet de la vue et du fond de l'œil, vu l'état psychique du patient, quoique nous nous fussions adressé [illegible] cela à un ophthalmologiste très expérimenté; [illegible] pu non plus résoudre la question de savoir si le malade voyait double.

(1) La [illegible] ne sera pas toujours un obstacle, [illegible] soit, ce qui est plus simple, [illegible] en Algérie la plante qui donne la coca. Déjà un voyageur, M. Marcel Monnier, dont j'ai eu le plaisir de faire la connaissance [illegible] Brésil, en avait rapporté des plants en France (la graine [illegible], en effet, serait stérile). Ils étaient forts et [illegible] déjà dans la Manche; mais le [illegible].

(2) V. [illegible]

(3) V. [illegible] XII [illegible]

(4) Ma[illegible]

(5) C[illegible] de Moscou [illegible]

(6) *Lehrbuch d. Gehirnkrankheiten*, Bd. II, p. 2[illegible], 1882.

L'appétit a complètement disparu ; pas de nausées ni de vomissements ; à la compression, une légère douleur au creux de l'estomac ; ventre très gonflé ; pas de selle depuis plusieurs jours ; rétention d'urine ; vessie distendue ; foie de grandeur normale et non douloureux à la compression; rate un peu augmentée de volume ; rien d'anormal dans les poumons; les battements du cœur sont faibles, mais réguliers et les bruits en sont normaux,

On fit sortir au moyen du cathéter environ 1000 c.cub. d'urine transparente, très concentrée, sans albumine ni sucre; le soir, la température était de 36,2°.

24 *février* : L'état du malade est pire ; l'état cyanotique du visage et des mains est plus marqué ; la connaissance s'est obscurcie davantage. Respiration 29 ; pouls 120, presque insensible. Tous les mouvements sont beaucoup plus faibles. La chute des paupières est plus accentuée. Les yeux dévient encore davantage en dehors et leurs mouvements sont toujours plus limités ; quant aux pupilles, elles sont, comme auparavant, de grandeur moyenne et réagissent à la lumière. La température était le matin 35,4° et le soir 35,8°.

25 *février*. Le malade est tout à fait privé de connaissance ; de temps en temps il délire doucement. L'état cyanotique est très marqué ; le pouls est insensible ; les bruits du cœur ne sont plus perceptibles. Température 34,5°. L'abaissement des paupières est également accusé des deux côtés ; les yeux sont comme auparavant déviés en dehors et en haut ; les pupilles ne réagissent plus. Au bout de peu de temps, l'agonie commença et le malade expira à midi.

Quoique cette observation ne soit pas tout à fait complète à cause de l'impossibilité de l'examen ophthalmoscopique, les symptômes étaient si nettement marqués qu'il a été possible de faire un diagnostic assez précis : nous supposions qu'il s'agissait ici de l'affection décrite par M. Wernike sous le nom de *poliencephalitis superior acuta*, compliquée probablement d'hydrocéphalie.

L'autopsie a été pratiquée le 26 février et a donné les résultats suivants : tissu cellulaire adipeux sous-cutané abondant; œdème dans les parties postérieures des lobes inférieurs des poumons ; cœur dilaté, flasque, recouvert d'une couche abondante de graisse; mais on ne peut remarquer de dégénérescence marquée du muscle cardiaque; les valvules sont scléreuses, mais suffisantes. Endaortite athéromateuse. Rate quelque peu hypertrophiée ; la pulpe en est normale. Reins sans altération appréciable. Foie un peu graisseux. Catarrhe chronique de l'estomac. Intestins normaux. Calotte crânienne sans anomalie. Dans le sinus longitudinal, un caillot fibrineux. Œdème de la pie-mère cérébrale; les membranes du cerveau s'enlèvent facilement, elles présentent par places des opacités. Les vaisseaux de la base du cerveau sont normaux. Ventricules dilatés par une assez grande quantité d'un liquide transparent; épendyme épaissi et recouvert d'une multitude de petites granulations épendymaires [illegible] remarquer à la surface des couches optiques. Dans notre cas, la commissure grise [illegible] peu développée et [illegible] de l'autopsie du cerveau, [illegible] découvert le 3me ventricule.

On fit une section [illegible] les deux couches optiques, [illegible] interne tourné vers le 3me ventricule, [illegible] suivant le bord interne des couches optiques [illegible] de profondeur [illegible] côtés, elle était [illegible] que les parties environnantes. A l'examen microscopique de cette partie (à l'état frais), on trouva une [illegible] sanguins plus ou moins altérés et une quantité assez grande de corps granuleux. Toute la partie [illegible] couches optiques paraissait être intacte et on ne trouva [illegible] dans les autres parties du cerveau. [illegible] était épaissie et [illegible] épinière et ses enveloppes [illegible]

dans la moelle épinière ni dans la moelle allongée on ne trouva de corps granuleux. Malheureusement, par inadvertance, les rétines ne furent pas examinées; mais les nerfs optiques, de même que les bandelettes optiques, furent reconnus normaux tant à l'examen macroscopique qu'à l'examen microscopique des coupes.

Plusieurs nerfs périphériques des extrémités ont été examinés au moyen de l'acide osmique et teints au picrocarmin : on n'y trouva rien d'anormal. Après durcissement dans le bichromate de potasse d'une grande partie du cerveau, de la moelle allongée et de la moelle épinière, on fit (1) une quantité de coupes dans les diverses régions de ces parties. — En examinant les coupes frontales faites de la partie moyenne des couches optiques, on put constater que leurs vaisseaux sanguins regorgeaient de sang ; en outre, le long du bord interne de la couche optique tourné vers le 3me ventricule, à 4mm de profondeur, le tissu était parsemé d'hémorrhagies capillaires. La quantité et l'importance de ces hémorrhagies étaient différentes dans les diverses coupes, mais la plupart étaient inférieures en grandeur à une tête d'épingle ; quelques unes d'entre elles étaient nettement délimitées : on voyait que le sang épanché n'avait pas dépassé l'espace périvasculaire; d'autres étaient plus diffuses. En beaucoup d'endroits, le tissu cérébral était pour ainsi dire raréfié entre les hémorrhagies et là où il y avait beaucoup de ces dernières, ce tissu était ramolli. Les parois des vaisseaux étaient un peu épaissies, mais pas plus que dans les autres parties du cerveau. Quant à la distribution de ces hémorrhagies, elles s'étendaient en bandes étroites et exclusivement le long du bord interne des couches optiques et ne penétraient pas à l'intérieur de celles-ci ; même au bord supérieur de ces couches, il n'y avait nulle part trace de ces épanchements sanguins. Dans les deux couches optiques, ces hémorrhagies étaient distribuées d'une manière remarquablement symétrique. Dans les coupes faites plus en avant, ces hémorrhagies suivaient le bord interne des couches optiques, atteignaient en diminuant d'importance et de nombre l'extrémité antérieure de ces dernières et se retrouvaient encore plus loin, dans les parois mêmes de l'infundibule. Des hémorrhagies semblables se rencontraient dans la même région de la partie postérieure des couches optiques et allaient sans interruption jusqu'à l'aqueduc de Sylvius ; dans plusieurs coupes, elles existaient dans la commissure postérieure elle-même, ainsi qu'au-dessus et au-dessous de cette dernière. — Dans les coupes faites à travers les corps quadrijumeaux et les pédoncules cérébraux ; des hémorrhagies en tout pareilles entouraient de tous côtés l'aqueduc de Sylvius, mais ici aussi, elles ne se trouvaient que dans les parties les plus voisines des parois de ce dernier. Dans quelques coupes, ces hémorrhagies se voyaient aussi dans le noyau lui-même du nerf moteur oculaire commun. Plus en arrière, ces altérations existaient aussi dans la partie antérieure de la protubérance : les hémorrhagies y étaient assez abondantes et étaient accompagnées d'un ramollissement du tissu, mais elles ne se rencontraient qu'immédiatement sous l'épendyme dans la substance grise qui forme le fond du 4me ventricule: elles n'allaient pas plus profondément.

Ces altérations ne se trouvaient que dans la moitié antérieure de la protubérance ; vers le milieu de cette dernière, elles diminuaient peu à peu, puis disparaissaient et dans la partie postérieure, le tissu ne présentait rien d'anormal de [illegible] des nerfs de la 6me et de la 7me paires [illegible]. De plus dans le 4me et le 3me ventricule de [illegible] l'aqueduc de Sylvius, l'épendyme s'était [illegible] d'une manière marquée et en certains endroits on y voyait de petites granulations; l'examen microscopique démontra qu'elles provenaient de prolifération du tissu épendymaire. [illegible] il n'y avait pas d'autres altérations dans le cerveau, la moelle allongée et la moelle épinière.

Donc, dans notre cas, outre l'épaississement de l'épendyme, les principales altérations consistaient dans le ramollissement inflammatoire du tissu cérébral avec

(1) [illegible] des maladies nerveuses, M. [illegible]

hémorrhagies capillaires (*ramollitio cerebri rubra inflammatoria*). Mais ce qui est surtout important ici, c'est la distribution de ce processus : il se bornait très exactement à cette substance grise centrale qui forme le fond du 4[me] ventricule, les parois du 3[me] et entoure l'aqueduc de Sylvius, et nulle part presque il n'attaquait les éléments situés plus profondément ; de plus, il s'étendait des deux côtés, à droite et à gauche, d'une manière très symétrique. Il est impossible de ne pas remarquer l'analogie frappante de ces altérations pathologiques avec celles décrites par M. Wernicke; cette circonstance seule nous donne déjà le droit de considérer ces altérations dans une partie donnée du cerveau comme un phénomène non accidentel.

Par leur caractère et leur distribution, elles offrent une analogie parfaite avec celles qui sont connues sous le nom de poliomyélite antérieure aiguë, et si nous tenons ces dernières pour une lésion systématique, nous devons faire de même pour le processus morbide de notre cas ; s'il en est ainsi, nous pouvons dire que cette région du cerveau est susceptible de lésion systématique non seulement dans la forme chronique, mais aussi dans la forme aiguë.

Ce fait a une très grande importance pour la question des lésions systématiques du cerveau en général.

Comme on le sait, l'opinion régnait jusqu'à ces derniers temps que les lésions systématiques n'appartiennent qu'à la moelle épinière et à la moelle allongée et qu'elles ne se concentrent pas dans le cerveau (1) ; que, si on trouve dans ce dernier des lésions strictement limitées, cela dépend, non des fonctions physiologiques de ces parties, mais de la distribution des artères du cerveau. Mais grâce aux observations de ces derniers temps, nous pouvons affirmer avec certitude que les lésions systématiques appartiennent aussi au cerveau. Tout au moins connaissons-nous maintenant deux formes morbides dans lesquelles la lésion du cerveau a un caractère tout à fait systématique ; la première, c'est la sclérose des faisceaux pyramidaux : on sait que, dans cette maladie, la dégénérescence des éléments nerveux n'est pas seulement bornée à la moelle épinière et à la moelle allongée, mais envahit la partie des faisceaux pyramidaux qui traverse le cerveau, s'étend jusqu'à l'écorce de ce dernier et n'épargne pas même les zones motrices de cette écorce (2). Ainsi cette maladie nous offre un exemple dans lequel la lésion de certaines parties du cerveau est tout aussi bien systématique que celle de la moelle épinière et de la moelle allongée. La seconde forme est celle dont nous avons parlé, c'est-à-dire l'affection de cette substance grise centrale qui forme le fond du 4[me] ventricule, le fond et les parois du 3[me] et entoure l'aqueduc de Sylvius.

Comme nous l'avons vu, des observations prouvent que, dans certains cas, cette substance grise centrale est sujette à des lésions qui ont un caractère systématique et qui se rencontrent aussi bien dans la forme aiguë que dans la forme chronique.

Si nous avons réussi à définir deux formes morbides de lésions systématiques du cerveau, peut-être réussira-t-on dans la suite à découvrir d'autres lésions semblables de cet organe. L'importance de ces lésions systématiques est facile à comprendre; leur étude, plus que tout autre mode d'investigation, peut expliquer la position et les relations réciproques des différentes parties du cerveau et, de cette manière, répandre la lumière sur l'anatomie et la physiologie de cet organe.

C'est ainsi que l'étude de cas de dégénérescence des faisceaux pyramidaux a permis de suivre avec une grande évidence la direction que suivent dans le cerveau les fibres qui transmettent l'impulsion de la volonté ; mais le même résultat peut se produire relativement aux autres régions du cerveau qui sont encore inaccessibles à notre étude, si l'on réussit à y trouver des lésions purement systématiques.

(1) Ainsi M. Charcot dans ses Leçons sur les localisations, etc., 1876-1878, p. 46, s'exprime comme suit : « On peut dire, quant à présent, que dans le cerveau les lésions systématiques font défaut. »

(2) Cas de sclérose latérale amyotrophique, la dégénérescence des faisceaux pyramidaux se prolongeant à travers tout l'encéphale. — Prof. Kojewnikoff, *Arch. de Neurol.*, 1883 nº 18. Deux nouveaux cas de sclér. lat. amyotroph. suivis d'autopsie. Prof. Charcot et Marie. *Arch. de Neurol.*, 1885, nºs [illegible]. — [illegible] sclérose amyotrophique. Dégénérescence des faisceaux pyramidaux dans toute leur étendue [illegible] dans les régions correspondantes. Prof. Kojewnikoff (*Westnik*) *Messager de Psychiatrie* de M. le prof. Mierzejewsky, 1885, nº 11 et *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1885, nº 18.

CLINIQUE NERVEUSE

Imbécillité ; malformations congénitales des deux mains et du pied gauche ; polysarcie ;

Par **BOURNEVILLE** et **RAOULT.**

Nous avons eu l'occasion de rassembler soit à la Salpêtrière, à Bicêtre ou aux Enfants-Malades, un nombre assez considérable d'exemples de *malformations des mains et des pieds* qui doivent faire l'objet d'un petit travail d'ensemble. Nous en détachons aujourd'hui une observation curieuse également à d'autres titres.

OBSERVATION. — *Père débauché, alcoolique. — Grand père paternel alcoolique. — Oncle paternel aliéné et alcoolique. Autre oncle paternel alcoolique. — Cousin germain nerveux.*

Mère : migraines, vitiligo. — Grand mère maternelle hémiplégique. — Oncle paternel goitreux. — Cousine germaine arriérée. — Enfant du siège.

Impression maternelle persistante du second mois à la fin de la grossesse. — Parole et propreté tardives. — Accès de colère. — Sévices envers sa petite sœur. — Convulsions. — Clastomanie. — Débilité mentale prononcée. — Malpropreté, paresse, gourmandise, voracité. — Absence de pudeur. — Idées de mariage. — Polysarcie. — Strabisme, nystagmus, myopie. — Malformations des doigts des deux mains et du pied gauche. (Polydactylie).

Esn. Marie, âgée de 16 ans, demeurant avenue d'Italie, est amenée à la consultation le 11 août 1887.

Renseignements fournis par sa mère. — *Père*, 43 ans, était bien portant jusqu'en 1876, époque où il a quitté sa femme. Débauché, il ne rentrait depuis longtemps à la maison qu'à des intervalles irréguliers, s'enivrait fréquemment, buvant toutes sortes de liquides, entre autres de l'absinthe (il rentrait ivre au moins une fois par semaine). Parfois il restait huit jours absent de chez lui. Avant de se marier, à 28 ans, il buvait déjà, mais sa femme pensait qu'il aurait perdu cette habitude. Il a toujours été violent et emporté. Il a été d'abord ouvrier chocolatier, puis infirmier à Bicêtre avant la guerre, et ensuite à l'asile d'Evreux. A Bicêtre, il s'amusait à boire les potions qu'on ordonnait aux aliénés pour savoir l'effet que cela produisait sur lui. Pas de migraines, pas de céphalalgies, ni de névralgies ou de rhumatismes ; aucune affection cutanée. [*Père*, [illegible] de pierres, mort *d'excès de boisson.* — *Mère*, blan[illegible], est morte aux Petits Ménages à Issy vers 1872.

— Un de ses *frères* est [illegible] à Bicêtre vers 1872, il *buvait* beaucoup. Un autre [illegible] est mort d'une affection pulmonaire, il faisait aussi des [illegible] mais moins que les deux autres. Un neveu, fils d'une de ses sœurs, âgé de 21 ans, a eu l'hiver dernier une *attaque nerveuse* à la suite d'une discus-

sion avec son patron; il se débattait par terre, « était comme un fou »; cette crise a duré environ 15 minutes. Pas d'aliénés, pas d'autres idiots, pas de déformations congénitales dans sa famille].

Mère, 43 ans, — elle a deux mois de plus que son mari, — femme de ménage et piqueuse de bottines, autrefois domestique, est d'une taille moyenne, d'une physionomie assez régulière. Elle porte une éruption de vitiligo très marquée sur le dos des mains et les avant-bras. Elle éprouve des douleurs rhumatoïdes, erratiques dans les membres; elle a eu des *migraines*, avant et depuis la puberté. Celles-ci ont diminué depuis un an, mais elles ont été remplacées par des *céphalalgies* revenant plusieurs fois par mois et durant de un à trois jours, sans s'accompagner de vomissements. Elle se plaint en outre de gastralgies passagères. Elle n'a jamais eu ni convulsions dans l'enfance, ni attaques de nerfs. Pas d'enfants avant le mariage. Elle s'est mariée tard, parce que « ce n'était pas son idée ». Depuis sa séparation, elle n'a pas vu d'homme parce que « ce sont des choses qui ne la tentent pas ». [*Père* mort du choléra, vers 1854, carrier dans les montagnes, sobre. — *Mère*, morte *hémiplégique*. Un *frère* en bonne santé porte un petit *goître*; il a une fille de 6 ans, bien conformée, mais en *retard pour la parole*; cette enfant comprend bien tout, mais ne peut s'exprimer; ce n'est pas du bégaiement. Pas d'aliénés, pas de difformes, etc. Personne dans son pays ne se souvient d'avoir vu de déformations congénitales dans sa famille. Pas d'autres goîtreux, pas de crétins.

Pas de consanguinité (la mère est de la Savoie (*Latable*, près de Chambéry). — Deux *enfants* : 1° Notre malade, 2° une fille morte à deux ans 1/2 du croup, elle était intelligente, parlait très bien; elle avait marché à 13 mois et avait été propre de bonne heure.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, qui a eu lieu un mois après le mariage, au mois d'août 1870, la mère était déjà contrariée de voir son mari boire. Ce dernier se mettait en colère, cassait les carreaux, etc. La *conception* n'a pas eu lieu durant l'ivresse : « Il n'y était pas porté dans ces moments-là. » La *grossesse* a été assez bonne, sauf quelques douleurs dans le bas-ventre et plusieurs chutes qu'elle attribue à ce qu'elle avait comme une faiblesse subite dans les jambes; elle s'est *trouvée mal* et a eu des lypothymies plusieurs fois par semaine, duran les trois premiers mois. Pendant le siège, elle a eu beaucoup à souffrir, au physique et au moral, de nombreuses discussions avec son mari, et de fréquentes émotions dues au bruit du bombardement, sans perte de connaissance. Ces émotions ont été surtout vives à la fin de la grossesse.

La mère attribue les difformités que sa fille présente aux mains et à un pied, à l'impression vive et persistante produite sur elle par la vue d'une tortue, vers le second mois de la grossesse. La première fois, elle la vit barbotant dans le ruisseau; elle ne ressentit aucune impression à cette vue. Une autre fois, elle la vit dans les cendres, chez le cordonnier, possesseur de la tortue; elle la regardait se nettoyer. Qu'est-ce que cette bête? dit-elle. « C'est une tortue, » lui répondit-on. En retournant chez elle, elle fit la réflexion qu'étant enceinte elle ne devait rien « regarder », et, en même temps, elle ressentit une faiblesse, qui l'obligea de s'appuyer au mur. Ses jambes fléchissaient et tout tournait autour d'elle. Ces phénomènes durèrent cinq minutes. Elle assure avoir pensé tout le reste du temps de sa grossesse à cette tortue, craignant que son enfant n'eût quelque chose. Elle n'en rêvait pas la nuit.

L'*accouchement* s'est fait environ huit jours avant terme, naturellement, sans chloroforme. A *la naissance*, l'enfant était forte, a crié tout de suite et n'avait aucun signe d'asphyxie. Elevée au sein par sa mère, elle a été sevrée à quatorze mois. Elle a marché à treize mois, a eu sa première dent à huit mois et ses vingt dents vers deux ans. La parole a été lente à venir; elle n'a parlé que vers deux à trois ans. Elle n'a été propre que vers quatre à cinq ans. Vers trois ou quatre ans on s'est aperçu qu'elle n'était pas comme les autres enfants. Elle prenait sa petite sœur, qui avait vingt-deux mois de moins qu'elle, et la jetait par terre. Si sa mère la réprimandait, elle se vengeait sur sa sœur ou sur les objets. Une fois, sa mère était allée voir, à l'hôpital, son mari, qui avait une jambe cassée, trouva, en rentrant, toute la vaisselle cassée. La malade avait alors deux ans et sa petite sœur une quinzaine de jours. Vers trois ans et demi, *convulsions*, surtout pendant le sommeil : le nez, la bouche, les yeux étaient agités de mouvements qui duraient plusieurs minutes. Jamais de grandes convulsions, pas de pertes de connaissance.

Marie S... a toujours été volontaire, désobéissante, aimant à contrarier sa mère; elle crie très fort, même dans la rue, attirant l'attention des passants. Elle a de fréquents *accès de colère*, bouleverse tout, casse la vaisselle, quand il ne lui plait pas de la laver. Elle n'est pas soigneuse de sa personne, elle n'aime ni à se laver, ni à se peigner, sauf quand il s'agit de sortir, par exemple pour venir à la consultation.

En dehors de cela, pour aller dans la rue, ça lui est égal d'être propre; elle ne sait pas s'arranger; elle mettrait par exemple un chapeau, et en même temps des souliers non cirés. Il faut que sa mère la nettoie comme un enfant, si elle veut qu'elle soit propre.

Elle est allée à l'école jusqu'à 15 ans. Elle lit un peu, mais non couramment, elle ne se rend pas compte de ce qu'elle lit. Elle écrit, mais mal, ne sait pas faire les additions, et n'a jamais pu apprendre à coudre. Elle a voulu aller dans une fabrique de corsets, avec une de ses amies; on l'a gardée une journée. Elle voit clair, mais ne peut fixer, « ses yeux dansent »; il lui faut un quart d'heure pour enfiler une aiguille.

Jamais d'onanisme. Elle dit à tout le monde qu'elle va se marier à un homme riche, à un rentier; d'autres fois, c'est à un homme qui gagne 30 francs par mois (elle ne connait pas la valeur des choses, et pour elle 30 fr. c'est beaucoup). Les voisins la taquinent. Il y a quelques jours, une jeune fille lui a dit qu'elle lui volerait son mari, notre malade l'a menacée de la battre; l'autre a pris les devants, lui a donné des coups de poing sur le nez; elle est rentrée tout en sang. Quand on l'envoie en commission dans le voisinage, elle oublie de rentrer, ne semblant pas avoir la notion du temps. C'est ainsi que, il y a quelques jours, sa mère l'ayant envoyée chercher un seau d'eau vers 4 h. et demie, à sept heures elle n'était pas rentrée. Elle était allée se promener avec une fillette sur l'avenue d'Italie, vers la place. On se moque d'elle dans le quartier; les gamins lui font faire des commissions insolentes, ignobles; si elle refuse, ils l'insultent. Ils ont cherché à l'attirer sur les fortifications. Dans la maison, elle est l'occasion de disputes avec la concierge, avec les voisins, soit parce qu'elle pousse des cris aigus, soit parce que des gamins en envoient d'autres la chercher. La mère ne pouvant l'utiliser pour le ménage, ni pour le travail, la laisse dormir tant qu'elle veut. Très menteuse et très gourmande; elle mange avec sa mère, comme cette dernière, puis s'il reste quelque chose, quand celle-ci a le dos tourné, elle le dévore. Elle ne prend rien chez les autres. Elle est très curieuse. Depuis deux mois surtout, son caractère est très difficile.

Son sommeil, qui est long, est très agité; elle gémit, parle tout haut en rêvant; elle a peur qu'on ne la tue, qu'on ne l'emmène. Elle a parfois des illusions d'optique au sujet des objets qui l'entourent. — Elle a toujours eu un embonpoint exagéré, surtout depuis deux ou trois ans. Elle a été réglée à seize ans (octobre 1886) sans douleurs abdominales, mais avec de la céphalalgie. Les règles sont venues tous les mois régulièrement sauf le mois dernier où elles ont avancé. Elle le dit tout haut à tout le monde. « Vous dites que je suis une gosse, je suis dans le sang jusqu'au cou. » Et, elle offre de le faire voir. Elle n'a aucune retenue; elle se penche sans précaution, laissant tout voir, mais toutefois, elle ne se retrousse pas. Elle est fière depuis qu'elle a des seins. On la connait dans le quartier, aussi empêche-t-on les disputes entre elle et les gamins. Il suffirait, dit sa mère, que quelqu'un lui offre le mariage, pour qu'elle se laisse emmener.

Si sa mère la gronde, elle se rebiffe, crie, lui dit qu'elle l'embête, et l'injurie. Lorsque sa mère lui donne « une gifle » elle lui en rend trois. Sans cause, elle se met à crier comme une idiote, comme une folle. Toute la journée elle s'amuse; si on l'envoie faire une commission, elle reste longtemps; elle aime à entendre dire des saletés, les répète, se mêle aux conversations. Elle est insolente envers tout le monde, menace de battre, crie.

Elle n'a jamais été arrêtée. Parfois, elle reste dehors, sans se préoccuper de l'heure des repas; il lui est arrivé de sortir le matin, de ne rentrer que le soir, sans avoir mangé; alors elle veut son café au lait du matin, son déjeuner de midi, son dîner et absorbe gloutonnement le tout. Si on rit d'elle parfois, lorsqu'elle mange avec voracité des pommes de terre mal cuites, elle dit que c'est assez bon pour elle, et continue de plus belle. Il lui arrive souvent de manger des pommes de terre, ou des carottes crues et de les refuser quand on les lui présente cuites. Etant toute petite, elle mâchait du charbon.

Elle a eu quelques croûtes dans les cheveux et une ophthalmie double à deux ans qui a duré un mois. Ni otite, ni engelures, ni dartres Elle a eu un ganglion tuméfié qui s'est abcédé au niveau du côté gauche du cou, et a laissé une petite cicatrice. Elle aurait eu beaucoup d'oxyures. Souvent elle s'est coupée, pincée dans les portes par sa bêtise. Elle pleurait tant qu'elle voyait du sang, puis on ne pouvait plus lui maintenir de pansement. Actuellement, au contraire, à la moindre piqûre, il lui faut mettre un pansement. Maux de tête fréquents. Pas de signes d'hystérie.

Etat actuel. — Elle est très développée; le thorax et le ventre sont très-volumineux pour son âge. *Poids :* 76 kilogrammes 500 ; taille de 1 mètre 515 millimètres.

Face volumineuse, symétrique, ovale. — Front bas (6 centimètres et demi) ; aplatissement des régions temporales ; arcades sourcillières peu saillantes. Cheveux — avec poux — , sourcils et cils blonds. — *Yeux* petits, bleus (la malade est myope), *nystagmus* des deux côtés, rotatoire, plus marqué à gauche qu'à droite. Léger *strabisme* interne de l'œil gauche. Pupilles égales, d'un contour un peu irrégulier. Apophyses zygomatiques peu saillantes. Nez moyen, régulier. Bouche petite, menton ovale. Voile du palais, langue, arcades dentaires, normales. Mâchoires volumineuses. Oreilles allongées de haut en bas, lobules volumineux, adhérents.

Crâne :	Circonférence horizontale	54,5 cent.
	Demi-circonf. verticale antéro-postérieure.	35 —
	Demi-circonfér. verticale interauriculaire .	36 —
	Diamètre antéro-postérieur maximum . .	17,5 —
	Diamètre bi-auriculaire	12,1 —
	Diamètre bi-pariétal maximum.	15,3 —

Cou large, court, circonférence : 37,5. — *Seins* très volumineux, mamelons peu développés, aréole de teinte café au lait. — *Aisselles* très pigmentées ; on y remarque quelques poils assez courts, rares, de couleur châtain-clair. — Veines sous-cutanées du thorax dilatées, au-dessus des seins. Le thorax, le rachis et les membres supérieurs, sauf les mains sont bien conformés.

Mains : Toutes deux présentent des *déformations congénitales* intéressantes.

a) *Main droite* (*Fig.* 14). Six doigts, le pouce, l'index, le médius et le petit doigt sont normaux. L'annulaire est remplacé par un *système de deux doigts* unis entre eux à leur base, et s'écartant en avant, pour former une sorte de croissant regardant en avant. Ils ont trois phalanges, la première semble être commune à sa base, pour les deux doigts, formant ainsi une sorte de *fourche*, dont la partie postérieure s'articule avec la tête du quatrième métacarpien. Les deux branches de cette phalange double, divergent, et à leur extrémité antérieure s'insère la deuxième phalange de chacun de ces doigts. Ceux-ci sont moins volumineux que le petit doigt et sont aplatis d'avant en arrière. Le tout forme une sorte de système spécial, dû à la division du quatrième doigt normal, situé sur un plan postérieur aux autres doigts, si bien qu'à la face palmaire, il existe un creux entre la base de ces deux doigts et l'extrémité antérieure du quatrième métacarpien. Ce système n'a que des *mouvements* antéro-postérieurs très-limités, qui suivent ceux des troisième et cinquième doigts normaux, lorsque la malade ouvre ou ferme la main ; mais chacun des doigts de ce groupement n'a pas de mouvements propres. Le petit doigt est uni au plus externe de ceux-ci par une membrane de l'épaisseur du doigt, qui s'étend en avant jusqu'au niveau de l'extrémité antérieure de la seconde phalange.

b) *Main gauche*. Le pouce, l'index, le médius et l'annulaire sont normaux. Au niveau du cinquième doigt, est un *système de trois petits doigts* accolés les uns aux autres (*fig.* 15). Il n'y a qu'un cinquième métacarpien, mais à son extrémité antérieure s'insèrent les premières phalanges du doigt externe et du doigt médian, qui sont indépendantes. Ces deux doigts possèdent chacun trois phalanges et un ongle ; le premier est libre en dehors, jusqu'à la commissure normale, entre lui et le quatrième doigt. Il est séparé du doigt médian en avant seulement depuis la moitié antérieure de la deuxième phalange. Enfin le doigt interne est accolé à la face interne de la deuxième phalange du second, et possède un petit os libre, non articulé en arrière, où il se termine en pointe, ce doigt possède aussi un ongle mais mal conformé. Tout ce système a des mouvements de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction, mais moins étendus que normalement ; l'opposition avec le pouce se fait d'une façon mal habile avec le doigt externe. Le doigt externe et le médian ont quelques mouvements propres très peu étendus.

L'abdomen est très volumineux ; sa couche adipeuse est très épaisse; l'ombilic est très profond.

Organes génitaux. Poils assez abondants sur le pénil, les grandes lèvres, se continuant jusqu'à la partie la plus interne des plis inguinaux, avec pigmentation de ces régions.

Les *cuisses* sont très volumineuses, ainsi que les jambes; les mollets ont 43 cent. de circonférence.

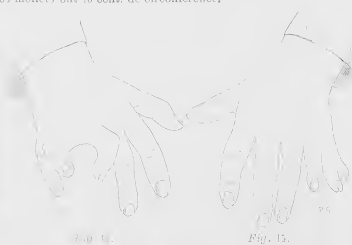


Fig. 14. *Fig.* 15.

Pieds. Pied droit normal. *Pied gauche* : Les quatre premiers orteils sont normaux. Entre le quatrième et le cinquième, à cheval sur ces derniers, est un *orteil supplémentaire*, situé dans une sorte de logette entre la face externe de la seconde phalange du quatrième, et la face interne de celle du cinquième. Son extrémité antérieure ne dépasse pas l'extrémité postérieure de la seconde phalange des orteils entre lesquels il est libre; il a le volume d'une petite noisette et il renferme un petit os, qui semble s'articuler avec le quatrième métatarsien, et possède un petit ongle, déformé et écailleux, qui était, paraît-il, pour la malade une cause de douleur, par suite de la pression du soulier.

Sensibilité générale normale (toucher, température, etc.). *Les sens* normaux. — *Une myopie* très prononcée, la malade se met à une distance de [illegible] pour lire des lettres d'un 1/2 cent., et à 1 m 37 pour pouvoir lire les grandes lettres d'un journal ayant 1 cent. et quart de hauteur. Elle distingue bien toutes les couleurs. — *Goût et odorat* normaux. — Dynamomètre Mathieu petit : à droite 19, à gauche 12.

L'intelligence est faible, la malade comprend mal les questions qu'on lui pose et y répond à peine ou mal ; parfois, elle parle d'un autre sujet. Son langage, sa manière d'être, ses impatiences sont ceux d'un enfant.

Au point de vue mental, Marie Es... présente tous les caractères de l'*imbécillité*, compliquée d'impulsions de natures diverses, pouvant occasionner de sérieux inconvénients, soit pour les autres, soit pour elle-même. Bien qu'elle ait fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 15 ans, elle

n'a rien appris. Il est évident, pour nous, que si elle avait été soumise à un traitement et à une éducation méthodiques, elle eut pu être notablement améliorée à tous les égards et même apprendre un métier. On en a fait un être qui sera presque inutile pour le reste de ses jours, car l'*obésité* dont elle est atteinte et qui, si elle n'avait pas disparu sous l'influence de la gymnastique, se serait en tout cas développée moins rapidement et à un moindre degré, ne fera sans doute que s'accroitre et contribuera à rendre peu fructueux les essais que l'on ferait aujourd'hui pour son amélioration intellectuelle. Ce fait montre la nécessité d'assister, de traiter et d'instruire de bonne heure les malades de ce genre.

L'*obésité* ou la *polysarcie* est loin d'être une complication rare de l'*imbécillité*. M. Parrot en a publié un cas intéressant dans la *Revue photographique des hôpitaux de Paris* (1869, p. 21). L'un de nous en a vu plusieurs exemples, soit en ville, soit à la Salpêtrière. Il semblerait aussi que cette complication est surtout l'apanage des imbéciles du sexe féminin.

La *myopie*, le *strabisme* et le *nystagmus* sont dus sans doute aux *convulsions* dont la malade a été atteinte à l'âge de trois ans.

Quant aux *malformations* des doigts et du pied gauche, la description que nous en avons donnée plus haut nous dispense d'entrer dans de nouveaux développements. Dans l'opinion de la mère de la malade, elles reconnaîtraient pour cause l'impression persistante et prolongée qui a suivi la vue d'une tortue. Nous la relevons sans vouloir y attacher plus d'importance qu'il ne convient. L'*alcoolisme* héréditaire du père, les antécédents nerveux du côté paternel aussi bien que du côté maternel peuvent être invoqués à plus juste titre. Les malformations des extrémités (polydactylie et syndactylie), les malformations des organes génitaux (cryptorchidie, atrophie d'un testicule, phymosis, hypospadias, etc.), sont en effet fréquentes en pareil cas et nos malades de Bicêtre nous en fournissent chaque jour la preuve. Mentionnons enfin que, contrairement à ce que la plupart des auteurs ont signalé d'ailleurs avec raison, nous n'avons trouvé aucun exemple de malformation analogue chez les ascendants de cette jeune fille.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — MM. Pruvost et Frankel sont nommés pour quatre ans medecins des bureaux de bienfaisance de Paris.

MÉDECINS DES CHEMINS DE FER. — M. le Dr BLUM, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, et professeur agrege a la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin chef-adjoint de la Compagnie des chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE (*Armée active*). — Le ministre de la guerre a décidé l'inscription d'office, au tableau d'avancement, pour services exceptionnels rendus au Tonkin : 1° *Pour le grade de médecin principal de 2e classe*. De M. Malbies méd.-maj. de 1re cl. aux hop. mil. de la div. d'occup. du Tonkin et de l'Annam. 2° *Pour le grade de médecin-major de 2e classe*. De M. Baratte, méd. aide-maj. de 1re cl. au 2e rég. etranger, au Tonkin. — *Mutations*. M. Viry, méd.-maj. de 1re cl. à l'école spéciale mil., à Saint-Cyr, a été désigné pour occuper un emploi de son grade à l'administ. centrale du ministère de la guerre (direction du serv. de santé). M. Poignon, med.-maj. de 1re cl. aux hôp. mil. de la div. de Constantine, a été désigné pour occuper un emploi de son grade à l'école spec. milit., à Saint-Cyr. M. Mounier, méd.-maj. de 1re cl. a l'hop. mil Saint-Martin, à Paris, a été désigné pour occuper un emploi de son grade à l'hop. mil. de Belfort. M. Schindler, méd.-maj. de 1re cl. à l'hop. mil. de Belfort, a été désigne pour occuper un emploi de son grade à l'hop. mil Saint-Martin, à Paris.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du tissu érectile des fosses nasales.

De tout temps les anatomistes ont décrit la pituitaire comme une membrane très vasculaire et l'ont comparée à un organe érectile ; c'est ainsi que Cruveilhier dit : « La pituitaire est généralement plus épaisse que les autres membranes *érectiles ;* aussi est-il extrêmement facile de déterminer la structure éminemment vasculaire et véritablement *érectile* de cette membrane. » Sappey s'exprime ainsi : « Les veines forment (dans le pituitaire) un plexus d'aspect variqueux et presque *caverneux*. »

Non seulement les auteurs classiques ont reconnu la nature érectile de la muqueuse nasale, mais encore ils ont localisé le tissu caverneux au niveau des cornets : « La surface des cornets présente cet aspect *spongieux* qui la caractérise », dit Cruveilhier. Kölliker est encore plus précis dans cette localisation, et signale « des réseaux veineux très riches et comme *caverneux*, surtout au bord libre et à l'extrémité postérieure du cornet inférieur. »

Malgré cette constatation de l'existence d'un *tissu analogue au tissu caverneux*, aucun auteur, avant ces dernières années, n'a rangé la pituitaire ou du moins certaines de ses parties, dans les tissus érectiles : il faut arriver aux travaux de Zuckerkandl, de Hack, de Frankel, de Mackenzie, pour voir affirmer que le tissu érectile de la membrane de Schneider est tout à fait analogue à celui de la verge.

Nous avons voulu vérifier les recherches des auteurs allemands sur ce sujet, et pour cela, nous avons eu recours à d'excellentes préparations histologiques que notre collègue et ami Alexandre Pilliet, aide-préparateur à la Faculté, a bien voulu nous communiquer.

Dans ce travail, nous résumerons d'abord brièvement les travaux parus sur le sujet qui nous occupe ; puis, nous aidant de nos propres recherches, nous verrons si l'on peut faire entrer les corps caverneux des fosses nasales dans la définition des systèmes érectiles en général.

I. Zuckerkandl (*Ueber den Circulations-apparat in der Nasenschleimhaut ;* Mem. des sc. nat. et math. de l'Ac. des Sc. de Vienne, t. XLIX) place les corps caverneux sur les cornets inférieurs, sur le bord des cornets moyens et aux extrémités postérieures des trois cornets. Mackenzie ajoute qu'un tissu semblable se trouve sur la cloison à un niveau correspondant aux cornets inférieurs ; pour Zuckerkandl les corps caverneux de la pituitaire présenteraient, comme ceux du pénis, un réseau cortical à mailles étroites et un réseau profond formé de grandes lacunes ; mais le tissu trabéculaire serait bien moins développé dans le nez qu'à la verge ; les veines y aboutissant présenteraient autour de leurs orifices une couche musculaire ; les artères auraient une disposition hélicine. Un plexus capillaire entourerait les canaux excréteurs des glandes. Pour Zuckerkandl, l'érection des corps caverneux des fosses nasales serait sous la dépendance du ganglion sphéno-palatin et aurait pour but d'échauffer l'air inspiré.

La turgescence du tissu érectile de la membrane Schneider jouerait un grand rôle d'après Hack (*Ueber eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Henfieber*; *Wiesbaden*, 1884) dans la production des névroses réflexes. Cette turgescence se produit sous l'influence des variations de température, par l'action irritante des poussières de l'air, par l'excitation de certains nerfs de la peau. L'érection nasale serait directement sous la dépendance de quelques filets nerveux que Hack appelle *nervi erigentes;* ceux-ci seraient contenus dans le nerf spléno-palatin issu du ganglion de Meckel (Mackenzie). Mackenzie a, de plus, décrit dans la muqueuse nasale des zones irritables dont l'excitation donne lieu à des réflexes bien déterminés (toux nasale); ces zones correspondent aux points où se trouvent les corps caverneux, c'est-à-dire à la partie postérieure du cornet inférieur et à la partie correspondante de la cloison (*Amer. Journ. of the med. Sc.* 1883). Hack et Sommerbrodt ont également trouvé sur la moitié postérieure du cornet inférieur et à l'extrémité antérieure du même cornet des zones irritables.

Or, les causes irritantes indiquées par Hack agiraient sur ces régions excitables et produiraient la turgescence des corps caverneux, il y aurait secondairement et par action réflexe : tantôt de l'asthme, tantôt du spasme du larynx ou de l'éternuement spasmodique ou des névralgies, ou de la toux nerveuse, de la fièvre des foins, voire même des attaques épileptiformes.

II. — Sans nous étendre davantage sur les accidents auxquels peut donner naissance le gonflement des tissus très vasculaires que l'on rencontre sur les cornets, nous allons nous demander si ces tissus sont véritablement de nature érectile. Et d'abord que devons-nous entendre sous cette dénomination de tissu érectile? Admettrons-nous comme tel, avec Rouget, tout plexus vasculaire soumis à l'action des fibres lisses dans lesquelles il est enchevêtré? Considérerons-nous, avec le même auteur, les artères hélicines comme caractéristiques de ce tissu? Certainement non, car la preuve serait tout de suite faite, attendu que Zuckerkandl a montré autour des vaisseaux dilatés de la pituitaire des systèmes musculaires et dans cette membrane des vaisseaux hélicins. Nous prendrons de préférence la définition anatamo-physiologique donnée par Nicolas (Th. Paris, 1886) : « Un organe érectile est un organe susceptible d'augmenter de volume et de durcir par suite de l'afflux d'une certaine quantité de sang. Cet organe, au point de vue anatomique, est caractérisé par une disposition spéciale des vaisseaux, notamment par un développement énorme des capillaires. »

Nous allons donc chercher à démontrer que le tissu érectile des fosses nasales est constitué primitivement par des capillaires qui, plus tard, prennent un développement considérable et subissent d'importantes modifications. Nous commencerons, pour ce faire, par étudier la muqueuse nasale d'un certain nombre d'embryons de mammifères. Nous avons examiné, avec M. Pilliet, des préparations de muqueuse nasale de fœtus de porc, de chat, de taupe, de rat et d'homme. Sur la cloison d'un fœtus de porc de dix-huit cent., nous avons vu de nombreux capillaires dilatés; sur les cornets, nous n'avons distingué que de très nombreuses artérioles. Sur le cornet inférieur d'une chat nouveau-né existait, reposant sur le cartilage et recouvert seulement par l'épithélium, un riche réseau de capillaires dilatés, surtout abondants sur le bord libre. Sur un fœtus de taupe de deux cent., à la partie antérieure des fosses nasales existaient également de gros capillaires. Sur un fœtus de rat nouveau-né, l'on retrouve encore des capillaires dilatés. Enfin, sur un fœtus humain de six cent. nous n'avons vu qu'une légère dilatation des vaisseaux au niveau des fosses nasales, tandis que sur un fœtus de sept mois, nous avons constaté au même niveau un réseau capillaire très abondant, mais, à la vérité, non encore dilaté.

Ce qu'il faut retenir, de ce qui précède, c'est que sur les points où, plus tard, existera un tissu érectile, se trouvent de très nombreux capillaires et que ces capillaires sont d'autant plus développés que le fœtus est plus près du moment de la naissance, fait sur lequel nous aurons à revenir.

Si nous examinons maintenant des muqueuses nasales d'animaux adultes, en suivant l'ordre zoologique que nous avons adopté pour l'examen de nos fœtus, nous verrons que : il n'y a pas de dilatations vasculaires chez la tortue grecque. Chez le tatou, dans la portion antérieure, épidermisée des fosses nasales, de grandes dilatations vasculaires se remarquent; elles se retrouvent dans la couche d'épithélium cylindrique qui recouvre les portions plus profondes de la muqueuse. Ces dilatations forment un véritable tissu spongieux au niveau duquel on ne trouve pas trace de glandes. Chez le chevreul, on trouve sur la cloison, dans le chorion, des artérioles allongées parallèlement à la surface libre de la muqueuse, et, groupés autour de ces artérioles, des capillaires dilatés au point d'acquérir le volume de grosses veinules. Ces capillaires sont tapissés d'un endothélium, ils n'ont ni tunique musculaire, ni tunique élastique; ils sont plongés au sein d'un tissu d'apparence parfaitement muqueuse. Les dilatations capillaires n'existent pas dans les portions antérieures des fosses nasales, tapissées d'un épithélium pavimenteux. Sur la cloison du chameau, la muqueuse n'offre pas de capillaires dilatés mais d'énormes veines. Sur la muqueuse de la cloison du lapin, les glandes sont nombreuses et l'on ne trouve qu'une mince couche de vaisseaux dilatés entre les glandules et l'épithélium. Nous allons maintenant examiner la muqueuse des fosses nasales de l'homme adulte. Les pièces qui ont servi aux préparations provenaient d'un supplicié. Sur une coupe transversale du cornet moyen, on voit que dans l'épaisseur du tissu spongieux de l'os existent des lacunes assez grandes. Ces lacunes, à la partie moyenne du cornet, sont au nombre de trois, occupées chacune par une artériole assez volumineuse pour être visible à l'œil nu. Ces artérioles occupent donc l'axe même du cornet. Autour de chacune d'elles existe un groupement en anneau de quatre ou cinq veinules de retour, beaucoup plus petites que cette artériole. Le chorion, à ce niveau, est très épais, et, sur le bord du cornet, il ne contient que peu ou pas de glandes; toute son épaisseur (3 millim.) est occupée par des espaces dilatés, à lumière irrégulière,

véritable tissu caverneux se distinguant de celui du pénis par l'épaisseur beaucoup moins grande de la couche de fibres lisses. Les espaces que nous venons de mentionner sont d'autant plus larges qu'ils sont plus rapprochés de la couche profonde de la muqueuse où leur volume est considérable; ils sont beaucoup plus petits à mesure qu'on se rapproche de la surface libre, et ils arrivent à affleurer le basement membrane. Ces espaces n'ont donc pas la régularité remarquable du système lacunaire du pénis.

Le tissu érectile du cornet moyen va en s'amincissant à mesure que l'on se rapproche de l'insertion de ce cornet à la paroi des fosses nasales. Sur la surface inférieure du cornet, il disparait assez vite; sur la face supérieure, au contraire, les parties superficielles de ce tissu, celles qui sont sous-jacentes à l'épithélium et fermées de petites mailles, prennent un grand développement et forment un tissu aréolaire circonscrit par des trabécules extrêmement minces. Dans les parties profondes de la muqueuse on ne voit plus de grands espaces dilatés, comme sur le bord libre, mais d'abondantes veines de retour. Nous avons donc bien là un véritable tissu spongieux dont les artérioles sont situées dans le tissu spongieux de l'os lui-même. A chaque artériole correspondent, non pas une ou deux veines, mais un groupe de très petites veinules.

Le tissu érectile proprement dit, par sa structure et ses fibres lisses, est donc absolument évident sur le cornet moyen. Il forme une couche épaisse sur le bord libre et va en s'amincissant vers l'insertion du cornet, mais il reste plus abondant sur la face supérieure que sur la face inférieure. On ne peut distinguer à ce tissu deux plans proprement dits d'aréoles, mais on peut dire qu'il est composé de très vastes lacunes irrégulières et communicantes, dans la couche profonde de la muqueuse, au voisinage de l'os et de lacunes beaucoup plus petites, avec des anneaux musculaires plus nets dans les portions superficielles. Il y a de nombreuses transitions entre ces deux ordres de lacunes. Sur le cornet supérieur, nous avons trouvé une disposition absolument semblable du tissu érectile. Nous l'avons vu, comme sur le cornet moyen, communiquer avec les vaisseaux très développés des tissus spongieux de l'os. Nous avons remarqué sur les faces de ce cornet des glandules situés entre le plan érectile et l'épithélium, leur abondance est bien moins grande sur le bord libre. Sur un point du cornet inférieur où l'épithélium est normalement pavimenteux stratifié, fait signalé par M. Rémy dans sa thèse, le tissu érectile offre les mêmes caractères que dans les régions où se trouve l'épithélium vibratile.

Nous terminerons ce qui se rapporte à cette question dans un prochain numéro. ISCH-WALL.

Maladie du Kronprinz. — Les honoraires du Dr Mackensie. — Le gouvernement allemand a compris que la somme dérisoire qu'il avait allouée au Dr Mackensie était indigne du Kronprinz, auquel le docteur anglais avait donné ses soins. Le *Bulletin de la Cour* annonce que la somme remise au docteur n'a servi qu'à rembourser ses frais de voyage. Les honoraires restent absolument en dehors. Le Dr Mackensie s'en remet, sur ce point, à la décision de la cour. C'est un petit fait à ajouter à tous ceux qui démontrent déjà la ladrerie proverbiale de la cour de Berlin. (*R. de Thérapeutique*.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 septembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. le Président propose de nommer la *commission* de cinq membres dont la mission sera d'examiner les faits avancés dans la dernière séance par M. Luys. MM. Charcot, Brouardel. Marey, Gariel et Hérard sont nommés membres de cette commission.

M. Germain Sée fait une nouvelle communication sur diverses applications thérapeutiques de l'*antipyrine*, qu'il compare à l'antifébrine. Contre les rhumatismes articulaires aigus et chroniques, la goutte et ses paroxysmes, l'antipyrine donne d'excellents résultats, bien supérieurs à ceux qu'on obtient d'ordinaire avec d'autres médicaments. Il faut avoir soin de prescrire 3 grammes d'antipyrine par jour, et de continuer l'usage de ce médicament quelque temps après la disparition des douleurs. Il en est de même des douleurs lombaires, dorso-intercostales et sciatiques, des névrites des ataxiques, des douleurs et points de côté cardiaques, des anémies douloureuses du cœur, de l'angine de poitrine. L'antipyrine sera ainsi prescrit concurremment en injections sous-cutanées et en solution; il sera même dans certains cas associé à d'autres médicaments, à la pyridine, par exemple, dans l'angine de poitrine.

M. Gellé lit un travail sur *le rôle des canaux semi-circulaires*. L'auteur trouve dans l'observation clinique des éléments excellents pour l'étude du rôle des canaux semi-circulaires et comparables aux faits expérimentaux, les nerfs ampullaires étant seuls en cause dans la production des troubles de la motricité, car il est acquis que la branche cochléenne ne peut être le point de départ des accidents de déséquilibration. L'observation clinique du vertige auriculaire montre qu'il existe en plus des troubles moteurs d'autres phénomènes subjectifs, d'origine cérébrale, et des retentissements viscéraux qui naissent d'irritations bulbaires. L'auteur en conclut que l'excitation des canaux semi-circulaires diverge vers trois centres nerveux : le cervelet, le bulbe, le cerveau.

M. Gellé admet que les canaux semi-circulaires ont une fonction connexe de celle de l'ouïe. Le rôle des canaux dans l'orientation est nul; les accidents de la sensibilité suffisent à la rendre impossible. Il en est de même au point de vue de l'équilibration. A. Josias.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Intorno al numero e alla distribuzione geografica delle frenopatie in Italia; par M. Morselli. — Milan, 1885.

II. Un caso di pazzia morale congenita con rapporto colla epilessia; par A. Brunoti *Arch. ital. per le mal. nerv.*, 1887, fasc. 1 et 2.)

III. Caso singolare di pachi meningite osteogenica in soggetto epilettico; par Antonio Usuelli et Federico Venanzio (*Arch. ital. per le mal nerv.*, 1887, fasc. 1 et 2.)

IV. Un caso di pazzia morale; par Gonzalès Edoardo et G.-B. Verga (*Arch. ital. per le mal. nerv.*, 1887, fasc. 1 et 2.)

V. La suggestione terapeutica; par R. Vizioli. Naples, 1887.

VI. Mancato assassinio, imbecillita epilettica; par R. Tamburini (*Riv. sper. di fren.* V-XII, fasc. 3.)

VII. Un caso di alcoolismo cronico, par G. Cappeli et R. Brugia (*Riv. sper. di fren.*, V. XII, fasc. 3.)

VIII. La suggestione nello stato ipnotico e nella viglia; par P. Petrazzani (*Riv. sper. di fren.*, V. XII, fasc. 3).

IX. Sulle degenerazioni discendenti consecutive a lesioni sperimentali in diverse zone della corteccia cerebrale; par V. Marchi et G. Algeri (*Riv. sper. di fren.* V. XII, fasc. 3.).

X. Le nevriti multiple periferiche primitive e specialmente della forma di polinevrite acuita; par Massalongo Roberto. — Palerme, Catane, 1886.

I. Nous ne faisons que signaler cet intéressant travail,

difficile à analyser dans un cadre aussi restreint. L'auteur étudie d'abord la statistique des phrénopathies et le nombre probable des aliénés en Italie, nombre qu'il trouve doublé depuis les vingt dernières années et qu'il évalue à la deux centième partie de la population. Quant à la distribution géographique des phrénopathies, étudiée avec soin dans les différents pays, la conclusion est qu'en Italie l'internement dans les asiles, seule base de recensement, dépend des conditions de civilisation des provinces, des coutumes, des moyens de communication et du bien-être économique. Ce mémoire se termine par des considérations statistiques sur l'épilepsie en Italie, où elle serait encore plus répandue et plus grave que chez nous et où l'assistance des épileptiques laisse aussi énormément à désirer.

II. Observation complète et très intéressante d'un dégénéré présentant à côté de facultés intellectuelles assez développées tous les caractères de ce qu'on a décrit sous le nom de folie morale (paresse, instabilité mentale, migrations, exercice illégal de la médecine, pratique des avortements, tentative de suicide, abus de confiance, vols, perte complète du sens moral). A côté de cela le malade, buveur d'absinthe, présentait des attaques nocturnes épileptiques. Mais ce n'était pas là la cause première de son état mental particulier qui resta le même après que les attaques, traitées à l'asile, eurent complètement disparu.

III. Il s'agit ici d'un dément épileptique à l'autopsie duquel on trouva sous la dure-mère à laquelle elles étaient adhérentes, deux larges squames de tissu osseux en forme de coquille de 15 c. de long sur 10 de large et recouvrant la plus grande partie des hémisphères cérébraux (une partie de la première circonvolution frontale, toute la seconde, toute la troisième, les deux tiers environ des frontales et pariétales ascendantes, une grande partie des lobes temporaux et pariétaux). Au-dessous, les circonvolutions sont affaissées, les sillons peu marqués : quelques adhérences à la pie-mère. Les auteurs se refusent à voir là la cause première de l'épilepsie et admettent une pachyméningite traumatique survenue à la suite des chutes répétées du malade dans ses accès, qui ont pu augmenter ensuite de fréquence et d'intensité du fait de la lésion anatomique ainsi produite.

IV. Observation d'un héréditaire dégénéré atteint de cette forme de folie raisonnante, qui est caractérisée par une perversion native et profonde du sens moral, une vie irrégulière, instable, l'amour de l'oisiveté, la haine de toute règle et de tout travail, la tendance aux actions répréhensibles, à mentir, à causer préjudice à autrui dans le seul but de créer des embarras aux autres et simplement pour le plaisir de le faire; et à côté de cela niveau assez élevé des facultés intellectuelles.

V. Après avoir rapporté cinq observations personnelles de thérapeutique suggestive, l'auteur en arrive aux conclusions suivantes. Bien des cas de guérisons réputées miraculeuses ne sont que des faits de suggestions ou d'auto-suggestions. Si la thérapeutique suggestive n'est pas une panacée applicable au traitement de toutes les maladies nerveuses, elle n'en a pas moins une indication précise dans toutes les formes dites dynamiques. Au point de vue particulier de l'aliénation mentale, elle n'a donné jusqu'ici de résultats que dans la folie hystérique en agissant surtout sur les troubles névropathiques primitifs. Si la suggestion peut agir à l'état de veille, elle a encore plus de persistance à l'état hypnotique, surtout dans le stade de somnambulisme où elle doit être faite suivant les cas avec autorité ou par insinuation. En somme la thérapeutique suggestive est appelée à rendre de grands services : sans doute parfois elle peut faillir, ou n'agir que comme médication symptomatique, mais, entre les mains d'un médecin instruit et consciencieux, elle ne peut causer le moindre dommage. Les dangers de l'hypnotisme ne sont en somme pas plus à craindre que ceux d'un poison, souvent à la portée de tout le monde, et manié par des personnes étrangères à l'art médical ou d'une honnêteté plus ou moins suspecte.

VI. Il s'agit d'un individu ayant commis une tentative d'assassinat avec *préméditation* et que l'auteur, comme médecin expert, déclare *absolument irresponsable* comme imbécile et épileptique. Nous croyons de notre devoir de dire que la lecture de ce rapport ne nous a guère convaincu. Que l'inculpé soit un imbécile, nous l'admettons ; mais *l'épilepsie n'est pas le moins du monde démontrée chez lui* sous une forme quelconque et n'a pas été directement observée pendant tout le temps que le sujet a été soumis à l'examen : et en tout cas il n'était certainement pas sous le coup d'une manifestation comitiale au moment de l'acte. D'un autre côté quand même ce serait un imbécile à mauvais instincts, l'acte particulier n'est pas le résultat d'une impulsion, il a été longuement prémédité, et le mobile en est très facile à comprendre. L'état mental de l'inculpé pouvait justifier *tout au plus*, à notre avis, des circonstances atténuantes. Si nous insistons sur ce point c'est qu'il nous semble qu'on a, à notre époque, une tendance sentimentale, par trop exagérée, à créer une immunité pour une catégorie d'individus qui ne se distinguent que par leur dégradation physique et intellectuelle, et à qui il devient permis de tout faire impunément. Mais on ne doit pas oublier que la liberté d'un homme finit où commence celle des autres ; si les déshérités ont droit à l'indulgence, leurs victimes qui remplissent tous leurs devoirs sociaux ont droit, eux aussi, à la protection. Il faut se garder de sacrifier les intérêts de la collectivité à ceux de l'individu et tenter, au contraire, de limiter autant que possible l'action des nuisibles par l'inflexibilité de la loi.

VII. Rapport médico-légal sur l'état mental d'un individu homicide, acquitté à la suite de l'examen des experts qui concluent que l'inculpé est un dégénéré atteint de dipsomanie périodique, devenu par la suite alcoolique avec affaiblissement de l'intelligence : il se trouvait, au moment de l'acte, dans une période de dipsomanie.

VIII. Cette étude de la suggestion n'est en somme qu'une revue historique et critique des nombreux travaux parus sur la matière et entreprise par l'auteur à propos de l'observation qu'il rapporte d'une malade hystérique guérie par la suggestion dans l'état hypnotique (petit hypnotisme) d'une ischurie et d'une constipation prolongées.

IX. Voici les conclusions que les auteurs tirent de leurs expériences : 1° chez les animaux opérés dans la zone motrice la dégénération occupe les deux faisceaux pyramidaux, prédominant sur celui qui est du côté opposé à la lésion, le faisceau antérieur direct et quelques rares fibres du faisceau de Burdach opposé à la lésion.— 2° Chez les chiens opérés à environ un centimètre et demi en arrière du sillon cruciforme on trouve, en même temps qu'une dégénération partielle du faisceau pyramidal croisé, une dégénération très marquée des cordons postérieurs limités à la zone de Burdach, et aussi plusieurs fibres dégénérées éparses çà et là dans toute la section de la moelle. — 3° Chez les animaux opérés dans la zone corticale postérieure, occipitale, la dégénération manque presque tout à fait dans les cordons antérieurs et latéraux, tandis qu'elle est très apparente dans les cordons de Burdach, et que l'on trouve quelques rares fibres dégénérées dans les cordons de Goll.

X. Etude critique sur les névrites multiples, renfermant une observation personnelle de polynévrite primitive aiguë chez une jeune fille de 18 ans : pas d'antécédents héréditaires. Début graduel : malaise général, prostration des forces, fièvre élevée : puis douleurs dans les membres revenant par accès, laissant après eux une courbature violente, plus tard impotence fonctionnelle complète : atrophie des muscles : rien dans la face, la langue, les yeux ; pas de troubles de la sensibilité; réaction de dégénérescence; guérison au bout de 18 mois par les toniques et l'électricité.

J. SÉGLAS.

CORRESPONDANCE

Lettre de Vienne.

Vienne, le 1er septembre 1887.

Monsieur le Rédacteur en chef,

M. le Dr Kölischer vient de décrire une nouvelle méthode de traitement de la tuberculose localisée; la théorie nouvelle est basée sur les considérations suivantes : Premièrement, il désira essayer si l'on ne pouvait pas produire une calcification des foyers tuberculeux, analogue à celle de la calcification spontanée des tubercules dans les poumons, par les injections d'une quantité suffisante des sels de chaux dans les masses fongueuses ; secondement il tâcha d'établir par les injections un processus d'irritation inflammatoire aiguë dans les granulations tuberculeuses et de produire de cette manière une cicatrisation des nodules tuberculeux. Dans les expériences qu'il a exécutées dans la clinique de M. le professeur Albert, il s'est servi d'injections parenchymateuses de solutions de phosphate de chaux et en a obtenus des résultats très favorables, dans un intervalle d'approximativement 6 semaines. Un des cas qu'il avait traités par cette méthode et qu'il montra dans une des récentes séances de la Société médicale império-royale était celui de granulations fongueuses (tuberculose) de l'articulation du genou avec des symptômes très-graves, tels que : ankylose, mobilité latérale, tuméfaction et douleur chez un garçon âgé de 4 ans ; une guérison du processus morbide fut obtenue après un traitement de 5 semaines. Parmi les autres cas qui avaient été traités avec succès avec la méthode en question, il faut mentionner deux cas de granulations fongueuses de l'articulation du coude, dans lesquels les malades souffraient d'ankylose, de tuméfaction étendue et de grandes douleurs, tous ces symptômes étant aussi accompagnés de fièvre ; après un traitement de 6 semaines, les articulations étaient normales et une mobilité complète était déjà à observer. En dehors de ces cas M. Kölischer montra à la Société aussi un cas de carie de la main calcifiée et celui de la guérison d'une fongosité tibio-tarsale dans laquelle il y avait auparavant à observer aussi une nécrose circonscrite des os. Dans les premieres expériences, M. Kölischer s'était servi d'une solution de chlorate de chaux pour les injections parenchymateuses, mais plus tard, suivant le conseil de M. le Dr Freund, il employa une solution de phosphate de chaux dans laquelle il y avait toujours un surplus d'acide phosphorique. Les injections sont accompagnées d'une réaction sérieuse, surtout quand on se sert d'une solution de chlorate de chaux; les masses fongueuses s'ouvrent et guérissent sous peu de temps. Quand il y a un morceau d'os nécrosé dans la fongosité, celle-ci s'ouvre rapidement et l'os nécrosé est expulsé avec une rapidité qui ne peut être attribuée qu'au seul succès du traitement mentionné. L'injection elle-même est très douloureuse, et l'on peut avoir recours à l'usage de la cocaine dans des cas pareils avec un grand avantage. Après que l'injection est finie, on observe aussi de grandes douleurs qui durent pendant quelques heures, et qui sont surtout soulagées par des injections sous-cutanées d'une assez grande quantité de morphine. Immédiatement après l'injection on applique un pansement antiseptique qui reste sur la partie opérée pendant tout le temps de la réaction. La température fébrile qui accompagne la réaction est ordinairement très haute et dure approximativement douze à vingt-quatre heures. Quand la réaction qui occupe un intervalle de 5 à 6 jours a diminué, on applique à l'articulation un pansement d'amidon qu'on change aussi souvent qu'il devient relâché et après un intervalle de trois à six semaines, quand le stade de solidification et d'absence de douleur complète est atteint, on a recours au massage et aux mouvements passifs pour rétablir la mobilité de l'articulation. Quant à la composition des solutions de phosphate de chaux employées pour les injections, M. le Dr Freund, qui a élaboré la partie chimique de la découverte en question, en donne les formules suivantes :

1. Solution acide de phosphate de chaux approximativement 6.5 procents, contenant 1 dans 1,000 d'acide phosphorique libre (stérilisée pour injection).

℞. Talc. phosphor. neutr. 5.0
Eau distillée 50.0

Dein sensim adde acid. phosphor. quantum sufficit ad solutionem perfectam ; filtra et adde acid. phosphor. diluti 0.6 ; aa. destill. quantum sufficit ad 100.0.

Pour injections.

2. Solution acide de phosphate de chaux, approximativement 6.5 procents, contenant 1 dans 100.0 (ou 2 dans 100.0, quand le processus ulcéreux est très indolent) d'acide phosphorique libre pour la saturation de la gaze.

℞. Talc. phosphor. neutr.
50.0
Eau distillée 500.0

Dein sensim adde acid. phosphor. quantum sufficit ad solutionem perfectam ; filtra et adde.

Acid. phosphor. dil.
60.0 (vel 120.0).

Aq. destill. quantum sufficit.
ad. 1000.0

S. Pour la préparation de la gaze.

Les travaux des Sections d'hygiène qui seront le sujet de discussions au *sixième Congrès international d'hygiène*, lequel aura lieu dans notre capitale vers la fin du mois prochain, sont déjà publiés en grande partie et envoyés aux membres du Congrès. Nous remarquons entre autres les travaux suivants :

M. le Dr A. GARTNER, professeur à l'université d'Iéna : *Appréciation de la nature hygiénique de l'eau potable et de l'eau de lavage d'après l'état actuel de la science.* — M. le Dr Ferdinand HUEPPE, Docent d'hygiène à Wiesbaden : *Rapport de l'eau potable avec l'éclosion et la propagation des maladies infectieuses et les conséquences à en tirer par rapport à l'hygiène.* — M. le Prof. Dr HÖNIG (de Munster, en Westphalie) : *Etat actuel de l'épuration des eaux d'égout et de l'emploi des déjections humaines surtout par rapport à la pureté des rivières*, etc. — M. le Dr E. FRANKLAND (de Gew-Reigate, Angleterre) : *Sur l'état actuel de la purification des eaux d'égout et sur la mise en œuvre des déjections humaines en Angleterre*, en ce qui concerne spécialement *la déviation de l'infection des rivières et sur la législation qui s'y réfère.* — M. Afred DURAND-CLAYE (de Paris) : *Quelles expériences a-t-on faites jusqu'à présent des systèmes Waring et Shane, et dans quel rapport se trouvent-elles, quant à la pratique par égard à l'hygiène, à la partie technique et financière, avec le système des égouts à grande eau.* — MM. les Professeurs BROUARDEL et Gabriel POUCHET (de Paris) : *Sur les mesures internationales à prendre contre les falsifications des matières alimentaires et des boissons.* — M. le Dr Angèle CARO (de Madrid) : *Mesures à prendre contre les falsifications des denrées alimentaires.* — M. le Professeur A. HILGER (d'Erlangen) : *Mesures internationales à prendre contre les falsifications des denrées alimentaires.* — M. le Dr HAMEL ROOS (d'Amsterdam) : *Mesures internationales contre la falsification des denrées alimentaires et des boissons.* — M. P. O. FLOOD (de Christiana) : *Moyens de combattre l'alcoolisme.* — M. H. GOEMON BORGESINS (de la Haye) : *Le combat contre l'alcoolisme dans les Pays-Bas.* — M. le Docent Dr FLORIAN KRATSCHMER (de Vienne): *Mesures contre les remèdes secrets.* — M. le Dr G. TREILLE (de Paris) : *De l'acclimatation des Européens dans les pays chauds.* — M. le Dr T. MAHLY (de Bade) : *Sur l'acclimatation.* — M. le Docent Dr HANS BUCHNER (de Munich) : *Quelles sont les prédispositions des diverses races humaines par rapport aux différentes matieres infectieuses et quelles conséquences pratiques peut-on en tirer par rapport au mouvement de transport des diverses races*, etc., etc.

Veuillez agréer, etc. LEIBOWITZ.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des névralgies ; par Adamkiewicz (*Verhandlungen des VI Congresses f. innere Medicin herausgageben von Leyden und Pfeiffer.*)

Pour les névralgies faciales ou pour les névralgies sous-cutanées on obtient de merveilleux résultats de l'action combinée du courant constant et du chloroforme. Le professeur Adamkiewicz a fait construire un électrode en charbon poreux dans lequel on peut introduire du chloroforme. Sous l'influence du courant, le chloroforme de l'électrode qui est uni au pole positif de la pile, pénètre dans les tissus ; on peut se convaincre du fait en colorant le chloroforme par du violet de gentiane, puis en faisant passer le courant à travers l'oreille d'un lapin. Il se produit une triple action, courant constant, chloroforme, cataphorèse au début, sensation de brûlure, puis anesthésie. Le professeur cite plusieurs observations où ce moyen a réussi d'une manière remarquable. Pour les nerfs situés profondément, dans les névralgies sciatiques, etc., on n'obtient pas d'anesthésie. J. Dagonet.

L'antifébrine comme anti-épileptique ; Par le Dr Salm (*Neurologisches Centralblatt*, 1887, n° 11).

A la clinique de psychiatrie de Strasbourg, le Dr Salm a traité onze épileptiques par l'acétanilide ; mais les effets qu'il en a obtenus ont été peu favorables. La cyanose se produisait rapidement et pourtant le Dr Kahn ne trouvait pas trace de méthémoglobine dans le sang, ce qui est en contradiction avec les recherches de Lépine. J. D.

Angine couenneuse. Sa guérison en quarante-huit heures par le chloral ; par le Dr Mercier (de Besançon). — Besançon. Imprimerie Franc-Comtoise, 1887.

Le Dr Mercier nous annonce qu'il a trouvé le spécifique de la diphtérie pharyngienne. Les résultats sont superbes : sur 100 cas d'angine couenneuse il a eu 95 guérisons. C'est à peine si la méthode compte cinq insuccès. Le médicament merveilleux qui guérit en 48 heures l'angine diphtéritique est d'un emploi banal en thérapeutique, c'est tout simplement l'hydrate de chloral. L'opuscule du Dr Mercier est dédié aux mères de famille. Peut-être y puiseront-elles « la tranquillité, la sécurité, les joies, le bonheur » suivant les vœux de l'auteur. Ce que nous pouvons certifier, c'est que la découverte du Dr Mercier ne réussira pas à diminuer les légitimes appréhensions de ceux qui connaissent la diphtérie. Les notions que nous possédons sur l'action du chloral nous font penser que la médication préconisée par l'honorable médecin de Besançon doit être placée à la suite des traitements qui « ne réussissent que quand il n'y a pas de diphtérie.» Pichevin.

Sopra un singolare fenomeno allucinatorio presentato da una nevrosica. — *Nota del prof. Ach. de Gioramio.* (*Rev. spec. di fren.*, T. XII. fasc. 4).

C'est l'observation d'une hystérique qui, entre autres phénomènes morbides, éprouvait des hallucinations visuelles, survenant à la suite de spasmes de la face et du cou et lui représentant des figures dont l'expression, changeant à chaque instant, était toujours semblable à l'expression particulière que revêtait la physionomie de la malade sous l'influence du spasme siégeant dans les muscles de la face. L'auteur essaye de donner une explication de ce fait en disant que c'est un exemple de suggestion indirecte, à l'état de veille, et en fait d'activité automatique des centres moteurs de la zone psychomotrice. Le spasme des muscles mettrait en jeu le sens musculaire et par suite provoquerait une représentation mentale en rapport avec l'impression. D'un autre côté, la mémoire jouant le rôle principal dans les faits d'hallucination, on peut supposer que la malade ayant vu antérieurement dans un miroir l'expression de son visage altérée par les convulsions, en a conservé l'impression qu'elle extériorise ensuite sous forme d'hallucination à chaque retour du spasme. J. Séglas.

Assasinia di tre figlie commesso da docina lipemaniaca ; par A. Tamburini *Rev. spec. di fren.* VXII-fasc. 4).

C'est un rapport médico-légal à propos d'un assassinat commis par une femme de 33 ans, débile, avec stigmates physiques de dégénérescence, atteinte de mélancolie avec idées de persécution, idées mystiques, hallucinations de l'ouïe et de la vue, et qui après avoir noyé ses trois filles pour leur éviter les misères de l'existence tenta de se suicider par le même moyen. Le tribunal adopta les conclusions de l'expert et la malade, déclarée irresponsable, fut enfermée dans un asile.

J. Séglas.

Ricerche sul sangue negli alienati ; **par le Dr Guiseppe Seppili** (*Rev. spec. di fren.* V. XII-fasc. 4.)

Les recherches de l'auteur l'ont amené à conclure qu'il y a des cas où les altérations du sang furent indubitablement la cause de la folie, surtout après des hémorrhagies, de longues maladies, dans la phtisie pulmonaire, la pellagre. Mais il ne faut pas se hâter de généraliser, car il suffit de remarquer que le sang des aliénés atteints de diverses formes vésaniques, ne présente pas d'autres modifications que celles que l'on peut rencontrer chez des individus sains d'esprit. Quoiqu'il en soit, dans ces cas, la pauvreté des globules et de l'hémoglobine fournit de précieuses indications pour le régime, l'alimentation, le traitement des malades. J. Séglas.

VARIA

Technique dentaire. — Traitement de la carie.

Comme il a été dit ailleurs, il ne sera parlé que du traitement curatif des caries au premier et au second degré.

La carie du premier degré qui se manifeste sur les dents par une tache jaune noirâtre et qui ne disparaît pas par un simple grattage, comme certains dépôts tartreux ou autres, est arrêtée facilement dans sa marche.

A-t-on affaire à une dent compacte, il est très simple, avec un ciseau à émail ou une lime, de réséquer les parties noirâtres, jusqu'à ce que toute trace de carie ait disparu. Toutefois, si ces caries attaquent les parties contigues, des six dents antérieures, il faut avoir soin de ne point prolonger la résection jusqu'au collet de la dent, mais bien d'y faire, ou plutôt d'y laisser un épaulement tel que, celui-ci en contact avec celui de la dent voisine, empêche les deux couronnes de se rejoindre. S'il en était autrement, les deux couronnes se rapprocheraient et cela serait désastreux, au point de vue de l'esthétique d'abord, et de la conservation des dents ensuite. L'arcade dentaire se modifierait fatalement en effet, et, d'autre part, les dents privées de leur émail seraient par leur accolement plus exposées encore à une nouvelle carie.

Quant aux dents crayeuses, il est prudent d'attaquer la dentine, qui s'effrite, du reste, ordinairement, et de transformer la carie du premier degré en carie du second. C'est le moyen le plus sûr de guérir la dent et de la conserver.

Lorsque l'on a réséqué les parties atteintes, avec la lime ou le couteau à émail, il faut ensuite polir les surfaces. Pour ce, l'on se sert, pour les parties faciles à atteindre, c'est-à-dire sur les faces des molaires ou prémolaires, sauf les contiguës, à moins qu'il n'y ait des dents manquantes, en avant ou en arrière de la dent atteinte, d'un morceau de bois taillé en biseau sur son plat, qu'on charge de *pierre ponce* ou de pierre du levant finement pulvérisées. On *ponce* alors avec soin les parties réséquées, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de rugosités. Pour les dents antérieures et les faces contiguës des molaires et prémolaires, on se sert d'un ruban de fil sur lequel on a fixé de la ponce plus ou moins fine (1). On passe le ruban entre les dents, on saisit l'une des extrémités avec le pouce et l'index d'une main et l'autre de la main libre, avec une pince à ligature; ce qui facilite le mouvement de scie qu'on imprime au ruban.

La carie au second degré demande beaucoup plus de soins. Il s'agit, en effet, de réséquer les parties malades d'une dent, de désinfecter la cavité ainsi formée, puis de l'obturer de telle sorte qu'aucune carie nouvelle ne vienne à se faire au-dessous de l'obturation.

Pour obtenir ce résultat, il faut que ce travail soit fait autant

(1) Ces rubans se vendent tout préparés chez les fournisseurs pour dentistes. Ils se livrent en rouleaux et coûtent environ 5 fr. la douzaine.

que possible à l'abri de l'humidité, c'est-à-dire de la salive et des matières qu'elle entraîne avec elle. Plus le travail sera fait à sec, plus on augmente les chances de succès. Il faut dire aussi qu'un travail à sec se fait plus rapidement, plus proprement, est moins sensible au patient, et surtout se peut terminer d'une façon toute antiseptique. L'antisepsie d'une cavité étant une condition *sine quâ non* de réussite.

Nous ne parlerons pas des nombreux moyens employés pour travailler à l'abri de l'humidité ; ils sont complexes et la plupart ont pour défaut d'embarrasser une des mains de l'opérateur. Qu'on les mette en usage à l'occasion ou par paresse, ou pour telle autre raison, dans un cabinet de dentiste, passe encore ; mais, pour un praticien qui n'a point de temps à perdre pas plus que son client, il faut une méthode facile, sûre et prompte. (*A suivre*). L. GUILLOT.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Nous avons publié plus haut les lettres des administrateurs de l'Hôtel Dieu de Bourges demandant au Bureau de l'Hôtel Dieu de Paris de vouloir bien reprendre deux de leurs religieuses envoyées jadis à Bourges pour faire le service de l'Hostel Dieu. A cette époque, l'archevêque de Bourges qui avait fait venir ces religieuses venait de mourir. Depuis des années elles étaient inutiles et dépensaient l'argent destiné aux malades. Pour complaire à l'archevêque qui voulait les conserver, les administrateurs, comme toujours ne dirent rien. Mais dès le jour où il fut mort, avant d'attendre la nomination de son successeur, ils s'empressèrent de renvoyer à Paris les deux religieuses parasites.

Dix-sept ans plus tard, un nouvel archevêque de Bourges eut l'idée de rappeller deux nouvelles religieuses de l'Hôtel Dieu de Paris. Au lieu de s'adresser au Bureau, il écrivit à la mère Prieure qui, une fois sa lettre reçue, se hâta de prendre deux religieuses qu'elle amena au Bureau pour prendre congé de la Compagnie, sans autre autorisation que la sienne. Voici du reste la délibération faite à ce propos :

1656. — 28 *juin*. — *Religieuses envoyées à Bourges contre l'ordre du Bureau*. — La mère Prieure est venue au Bureau avec les deux religieuses dudit Hotel Dieu qu'elle a dit venir prendre congé de la Compagnie pour aler à Bourges, où elles ont obédience de se rendre, pour prendre direction de l'hospital de ladite ville, *et ce à l'instante prière de monseigneur l'archevesque de Bourges*, surquoy quelques uns de messieurs luy ont dit que la bienseance et le devoir requéraient que l'on en eust parlé au Bureau auparavant, puisque lesdites religieuses y avoient esté receues pour penser et servir les malades du dedans de l'Hostel Dieu, sans qu'elles puissent s'en dispenser que par le consentement du Bureau ; à quoy ladite mère Prieure a respondu qu'elle n'a pas empesché que ledit seigneur archevesque en ait parlé à la Compagnie, *qu'elle ne sçavoit si cela étoit nécessaire* (1), qu'elle en a adverty quelques-uns de messieurs du Bureau, et que les religieuses ne sortent pas pour ne plus revenir, qu'on espère leur retour d'ici quelque temps (2) ; sur quoy s'estant retirée avec lesdites religieuses, il a esté remonstré à la Compagnie que les registres du Bureau sont chargés de quelques actes concernant d'autres religieuses envoyées au meme lieu ; lecture faite d'iceux et particulièrement de l'acte du sixiesme septembre mil six cent vingt huit (3), qui porte que lesdites religieuses ont esté nommées par le Bureau et ont esté envoyées après l'instante prière qu'en ont fait à la Compagnie le Seigneur archevesque et les sieurs eschevins de Bourges, l'afaire mise en délibération, la Compagnie a arestè que ladite mère Prieure sera mandée présentement, laquelle estant venue avec lesdites religieuses, lecture a esté faite en sa présence dudict acte du sixiesme septembre 1628, et luy a esté dit que le Bureau trouve mauvais qu'elle se dispense en toutes rencontres des devoirs auxquels elle est obligée envers le Bureau, et qu'elle ne pouvoit pas ignorer ce qui s'estoit pratiqué en pareille rencontre ; surquoy elle ayant dit que l'on en avoit envoyé à Troyes, sans garder cette formalité, il lui a esté répondu que ce n'estoit point des religieuses de l'Hotel Dieu, mais des filles qu'on y avoit mis pour aprendre, et ce, avec la permission du Bureau, et que si quelques religieuses de l'Hostel Dieu y ont esté octroyées sans le consentement du Bureau, cela n'a pas esté bien fait, que les pauvres du dedans de l'Hostel Dieu soufrent par telles absences, si le Bureau n'y pourvoit, ce qui l'oblige d'en peser les considérations, que l'on espère pour réparer cette faute, autant qu'elle se peut, qu'elle advertira monseigneur l'archevêque de Bourges, qui doit venir à l'Hostel Dieu, de ce qui s'est pratiqué cy devant en pareille rencontre, que la Compagnie ne veult en aucune façon contredire ny empescher ses intentions, qui sont très bonnes et très louables, mais qu'il est besoin que toutes choses soient faites dans les formes et dans l'ordre ; sur quoy ladite mère Prieure s'estant retirée avec lesdites religieuses, la Compagnie ayant mis de rechef l'affaire en délibération, a aresté que l'on ira voir mondit seigneur l'archevesque de la part du Bureau, pour luy faire entendre les formalitez qui ont esté gardées pour l'envoy des religieuses de l'Hostel Dieu aux autres hospitaux, et pour cet effest, messieurs Robineau et Leconte ont esté députez. (*Délib*[ns] *Reg.* 24 et *Doc*[ts] *Tom.* I, p. 117.)

7 juillet 1656. — *Religieuses envoyées à Bourges*. — Monseigneur le Premier President ayant demandé quelles affaires il y avoit encore au Bureau, Monsieur de Gomont a fait récit de ce qui s'est passé le 28 juin dernier au sujet de deux religieuses de l Hostel Dieu envoyées à Bourges *sans avoir comuniqué à la Compagnie sinon lors que l'on les amena au Bureau pour en prendre congé* et monseigneur le Premier Président s'estant informé comment on avoit usé en pareilles ocasions, ledit sieur de Gomont a fait lecture des délibérations des 6 7[bre] 1628 et 22 7[bre] 1642, qui concernent d'autres religieuses envoyées à Bourges et à Troyes, mesme a fait lecture des deliberations des 28 et 30 juin derniers, l'afaire mise en délibération, ledit sieur de Gomont et quelques autres de messieurs ont dit que si la Compagnie trouve à propos de mander la mère Prieure au Bureau pour luy faire entendre ses intentions sur ce sujet, on luy peut parler de plusieurs autres choses qui concernent l'œconomie du dedans de l Hostel Dieu, premièrement qu il y a des bouches inutiles dans l'Hostel Dieu, *de plus de cent* par chaque jour ; secondement que l'on ne recoit plus de religieuses à l'Hostel Dieu que *moyennant une grande dot* que l'on dit monter à présent *jusqu'à quinze cents livres* dont il arrive que celles qui ont plus de comodité de payer la somme qu'on demande estans choisies, et non les plus propres au service des malades, il y a toujours un grand nombre de religieuses malades et infirmes qui ne rendent aucun service à la maison et luy sont à charge, qu'anciennement on ne prenoit que des servantes et filles d'artisans fortes et robustes, *qui estoient mesme visitées par les medecins* avant que d'estre receues, ce qui ne s'observe plus, troisièmement qu'on soufre à l'Hostel Dieu que des malades expirent dans des licts où il y en a deux ou trois autres couchez ; quatriesmement que souvent on tire de leurs lictz ceux qui comencent à se bien porter, pour les mettre coucher avec d'autres fievreux et grievement malades ; cinquiesmement, qu'on a proposé aux religieuses de faire autant qu'il seroit possible, que les malades qui doivent user d'un mesme regime de vivre fussent mis en un mesme rang de lictz, pour eviter les inconvéniens qui ont esté cy devant proposez et qui causent la mort à un grand nombre de malades, mais que jusqu'à present cela n'a point esté executé, sixiesmement, qu'encore que l'air de la salle basse soit fort malsain ce qui a esté dit ce matin à aucuns de messieurs qui l'ont confirmé ayant esté adjousté que quelquesfois on porte des nouvelles acouchées dans ladite sale basse et que cela les met en peril de la vie sur tout ce qui dessus des advis ayant esté pris, la compagnie a aresté que ladite mère Prieure sera mandée présentement au Bureau pour luy parler des choses proposées. Ladite mère Prieure mandée et estant venue au Bureau, mondit Seigneur le Premier President luy a fait entendre le tout à quoy elle a repondu a l'egard desdites Religieuses envoyées à Bourges ce qui est contenu en la délibération du 28 juin dernier et a adjousté qu'elle s'estoit voulu informer de quelques unes de ses sœurs anciennes dans la maison de ce qui s'estoit pratiqué autrefois en pareille rencontre et qu'elle n'en a pu rien aprendre, qu'ayant parlé a quelques uns de Messieurs de la demande que Monseigneur l'Archevesque de Bourges avoit fait de quelques religieuses de l'Hostel Dieu, *Elle avait creu*

(1) Il était bien utile de faire des règlements pour les religieuses. La mère prieure elle-même feint de ne pas les connaître. Il existait pourtant, depuis de longues années, un arrêté connu de tout le monde de l'Hôtel-Dieu, portant que nulle religieuse ne pourrait *entrer ou sortir* de la maison « *sans l'autorisation de messieurs du bureau*. »

(2) Singulière manière de tourner la question.

(3) 6 *septembre* 1628. — Cedict jour sur l'instante prière qui a esté faicte à la Compagnie par monsieur l'archevesque et messieurs les eschevins de la ville de Bourges d'assister ladicte ville de religieuses et autres officiers (laiques) dudit Hostel Dieu, pour penser les malades de la contagion qui y sont en grand nombre, attendu qu'ilz n'ont personne qui soit capable d'y subvenir. La Compagnie ayant mis l'affaire en délibération inclinant à la supplication dudit sieur archevesque et eschevins de ladite ville a ordonné et ordonne que Sœur Barbe Brossard, Barbe Fore et Marie de la Porte, religieuses dudit Hostel Dieu se transporteront en ladite ville de Bourges pour panser lesdits malades et pour les y conduire. (Delib[ns] *Reg.* 14, p. 295.) *Lesdites filles ne pouvant demeurer audit Bourges*. Elles reviendront audit Hostel Dieu pour y estre installées selon leur reception. (*Reg.* 14, p. 359.)

que la Compagnie en seroit satisffaite, joint que ces Religieuses estoient venues au Bureau pour en prendre congé que par leurs vœux elles s'obligent toutes a aller où il plaira à messieurs les directeurs spirituels de l'Hostel Dieu, que celles cy ne sont pas envoyées à Bourges pour y demeurer toujours. Surquoy mondit seigneur le premier President luy a dit que la Compagnie trouvoit mauvois de ce qu'elle taschoit en toutes occasions de se souztraire de la dependance du Bureau que ce qu'elle avoit peu dire à quelques uns de messieurs de la demande faite de ces Religieuses ne sufisoit pas, qu'elle en avoit deub communiquer à toute la Compagnie ou Bureau, que ce n'estoit pas assez de les avoir amené au Bureau lors que la chose estoit arrestée et conclue et sur le point de l'exécution *que les termes de leurs vœux ne les pouvoient pas dispenser de la subjection qu elles doivent au Bureau* et qu'une absence si longue équivaut à un envoy pour toujours. Que la Compagnie entend que pareille chose n'arrive plus et qu'on n'envoye dores en avant aucune religieuse dehors sans le consentement du Bureau, et qui aussy tost que la demande desdites Religieuses aura esté faite on en vienne communiquer à la Compagnie. Quant aux autres choses qui ont esté proposées à ladite mère Prieure. Elle a dit à l'égard de la première qu'il est comme impossible de pouvoir sortir de l Hostel Dieu toutes les personnes inutiles, que les Religieuses en prennent assez de soin, que quelques uns des oficiers de la maison s'y sont employez, mais que dans un si grand nombre de malades qu'il y a, on ne peut pas donner ordre à tout, que les malades diminuans à présent, les religieuses pourront estre plus exactes, qu elles ne se soulagent point sur des *personnes, travaillant pour les malades autant qu'elles peuvent.*

Au second point, elle a dit que ce n'est pas l'argent qu'on considère dans les filles qui se présentent pour estre Religieuses, qu'on en a receu quelques unes qui aportoient fort peu de chose, et qu'on voudroit quelquefois, si cela se pouvoit faire, donner de l'argent pour avoir des filles qui eussent les conditions nécessaires pour le service des malades, que l'on visite les filles avant que d'estre receues et quand on a quelque doute on y apelle le médecin. Au troisiesme qu'on a assez grand soin pour ne soufrir point de malades auprès de ceux qui sont agonisans, mais que quelquefois on les y *laisse parce qu'ils ne veulent pas qu'on les porte ailleurs*. Au quatriesme qu'on ne porte point des malades qui commencent à se bien porter dans les licts d'autres malades qui les puissent empescher de guérir plus promptement. Au cinquiesme qu'il n'est pas possible de pouvoir réduire les malades qui usent de mesme regime de vivre en un mesme rang de licts d'autant que le régime change selon les accès du mal, lesquels changeans quasi de jour à autre causeroient un changement de lits fort préjudiciable à la santé des malades, que les personnes sédentaires ne servent point les malades que par l'avis des Religieuses qui en ont besoin et qu'autant qu'on poura comodément réduire les malades d'un mesme régime en mesme lieu on le fera. Au sixiesme qu'il y a de l'indécence de laisser une femme de quarante ans coucher dans une salle où couchent plusieurs hommes et garçons, qu'il y a eu desjà quelque plainte sur un pareil sujet dans la salle des verolez, que la sale basse n'est point si mal saine que la dernière femme taillée n'y ait esté parfaitement guérie, que néantmoins elle suivra l'advis de la Compagnie, Monseigneur le premier President luy a dit que la Compagnie ne désire que ce qui sera pour le mieux ; qu'il faut suivre en cela l'advis du medecin qui est preposé à la salle des tailles, ce que ladite mère Prieure a promis faire. Monseigneur le premier President luy ayant réiteré de faire les choses conformément aux ordres du Bureau afin de vivre en union et intelligence, elle a tesmoigné le vouloir faire et s'est retirée. (*Reg.* 23, p. 265 et 266).

4 août 1656. — A la suite de la Délibération du 7 juillet, La Compagnie convoqua les medecins et chirurgiens de l'Hotel Dieu.

« Les sieurs medecins et chirurgiens de l'Hostel Dieu et les huit compagnons ordinaires mandez et venus au Bureau, la Compagnie leur a remonstré le grand nombre de personnes convalescentes qui sont dans l'Hostel Dieu et qui en devroient estre dehors, et qu'on avoit espéré qu'ils y mettroient ordre en faisant leurs visites, a *quoy ils ont respondu que ces convalescens ne paroissent point lors qu'ils font leurs visites, s'absentant aux heures qu'elles sont faites*. Surquoy a esté trouvé à propos et lesdits sieurs medecins ont esté priez en faisant leurs visites de marquer sur le livre ceux qui doivent sortir, et au cas que quelqu'un soit absent, en faire marque pour les faire sortir s'ils sont en estat de ce faire, ce qu'ils ont promis. Et à l'égard de ceux qui feignent estre blessez et qui gardent leurs bandages pour cet effet, la Compagnie a enjoint ausdits chirurgiens d'y avoir l'œil soigneusement et lesdits sieurs médecins priez de faire des visites générales et faire lever pour reconnoistre ceux qui n'ont plus besoin d'estre pensez et les faire sortir, à quoy ils ont promis de satisffaire, comme aussy sur ce qui leur aesté remonstré que quelques unes des femmes et filles affectent d'estre seignées et purgées aux jours destinez pour envoyer les convalescentes à Mlle Sercamanen, ils ont promis de veiller qu'il n'y ait point d'abus. (*Reg.* 23, p. 278 (verso) et 279.)

Nouveau point de vue de l'institution des infirmières.

La question des infirmières est devenue un facteur important dans nos problèmes sociaux. La discussion de ses avantages et de ses inconvénients a été introduite dans les journaux politiques qui, dans les colonnes réservées à la correspondance, ont permis aux amis et aux ennemis de tout dire. L'infirmière doit être regardée comme un nouveau système de soulager l'humanité souffrante, ou plutôt comme l'extension d'un ancien système.

En tout cas, cette institution est venue pour rester, et, somme toute, la solution la plus satisfaisante de la question des infirmières d'hôpitaux est l'établissement d'une école d'éducation régulière. C'est à nous maintenant de développer cette nouvelle institution pour le bien et nous devons féliciter nos amis de Boston d'avoir pris l'initiative de cette bonne œuvre.

Pendant l'année dernière, on a introduit dans cette ville l'usage de compléter le service des médecins du dispensaire par les visites régulières à domicile d'infirmières diplomées. Tout le monde avec un peu d'expérience peut avoir vérifié dans les classes pauvres combien de fois une médication soigneuse a manqué son but parce qu'on ne savait faire une intelligente administration de la prescription. Cette nouvelle idée de visite a profité des deux côtés. Les infirmières ont appris à agir économiquement. Elles ont appris que dans la pratique privée, beaucoup des avantages et des objets de l'hôpital manquent. Elles ont appris à s'en passer et à compter sur elles-mêmes L'infirmière est mise face à face avec toutes les éventualités. Elle a appris qu'il faut savoir s'adapter aux différents milieux. Leur devoir est d'instruire les pauvres à donner une médecine, à faire un lit, à préparer la nourriture, à ventiler une chambre et à faire les différentes choses utiles dans une chambre de malade. Elle peut faire ses tournées dans les maisons des pauvres et en dépensant peu de temps à chaque place, elle est capable de faire beaucoup de bien.

Nous ne connaissons pas dans cette ville aucune association qui ait ce but en vue. Quoique chaque système ait ses inconvénients et ses avantages, nous ne pensons pas que l'on puisse sérieusement discuter l'utilité de cette extension de l'œuvre des infirmières. On doit l'appliquer dans les sociétés déjà existantes plutôt que d'en créer de nouvelles. On peut s'arranger pour que les nouvelles diplômées soient employées pendant une période à ce nouveau service. Ce nouveau service serait un complément utile à leur expérience. Cela causerait, il est vrai, quelque dépense, mais aussi comme l'efficacité des dispensaires serait augmentée ! Si l'argent du public est employé de cette façon, plutôt que de créer de nouvelles institutions dont on n'a pas besoin, ce serait un progrès fait pour le soulagement des pauvres malades (*The medical Record*, 4 décembre 1886, page 632.)

Double vagin ou bride vaginale.

Mme Forin [illegible], sage-femme à Gentilly (Seine), nous adresse l'observation suivante.

Le 22 juin 1886, à 3 heures du matin, je fus appelée à donner mes soins à Mme H..., Petit-Ivry. Elle est âgée de 24 ans, mariée depuis 18 mois, primipare et à terme. Elle est couchée. Au toucher vaginal, on arrive très bien au col de l'utérus. On trouve une dilatation correspondant à une pièce de 5 fr., et constate à travers les membranes non rompues une présentation du sommet. On essaie d'amener le doigt sur la paroi antérieure du vagin, mais on ne peut y arriver. Après examen de l'obstacle on reconnait une large bride qui divise en deux le vagin. Cette bride s'insérait à 2 cent. de l'entrée du vagin et se terminait au commencement du cul-de-sac. Elle avait de 4 à 5 cent. de largeur et de 3 à 4 millim. d'épaisseur. Elle adhérait aux parois latérales du vagin.

Comme les contractions étaient fortes et que la dilatation se faisait très vite, craignant que la tête ne déprimât pas cette bride et amenât une déchirure, Mme F. prévint le mari et la femme qu'il était indispensable qu'elle subît une petite opération chirurgicale. Ce fut pour eux une grande consternation à l'idée d'être obligé de faire appeler un médecin.

Voyant une si grande crainte de la part de la parturiente, Mme F. crut prudent de la rassurer en lui [illegible] que pour lui être agréable elle ferait elle-même l'opération. On attendit que la tête reposât sur le bord de cette bride. A 6 heures du matin la dilatation était complète et la tête se trouvait coiffée par la bride. On fit mettre Mme H... sur le bord du lit dans la position habituelle pour l'examen au spéculum et munie d'une paire de ciseaux à pointes mousses, Mme F. [illegible] l'index gauche sur la paroi droite du vagin et le plaça entre la tête de l'enfant et la bride. On attendit une douleur pour [illegible] les ciseaux le long du doigt servant de conducteur. La contraction venue, elle coupa cette bride à 5 millim. de la paroi vaginale, puis saisit le bout restant avec une

pince à griffes et la coupa comme la première [illegible]. Grace à cette précaution la femme n'a rien [illegible].

La tête ayant produit une forte pression sur les parties [illegible], il ne se produisit aucune hemorrhagie. L'accouchement [illegible] à 7 heures. C'était une petite fille pesant 3 kilog. [illegible] gr. La durée du travail n'avait été que de 7 heures.

Aussitôt la sortie du placenta, Mme F. examina les parties vaginales, mais ne trouva plus rien. Une injection [illegible] fut faite, et on prit les soins les plus minutieux au point de vue de l'antisepsie. La cicatrisation s'est faite promptement. Vingt jours après l'accouchement, à l'examen des parties incisées, il a été possible de reconnaitre la cicatrice. Cette bride parut à Mme F. [illegible] de tissu conjonctif peu vasculaire.

Discours de M. Fallières à Bicêtre.

Un passage du discours de M. Fallières (nº 36 p. 189, [illegible] ligne 10), doit être rétabli ainsi qu'il suit :

« Je viens de visiter, dans tous les détails, ce bel établissement, qui fait honneur à tous : A M. le Dr Bourneville, qui en a conçu la pensée et surveillé l'exécution, à la ville de Paris, dont les représentants ont dépensé presque sans compter, à l'Assistance publique et à l'architecte, auquel j'adressais tout à l'heure mes félicitations, et à qui je tiens à les renouveler publiquement. »

Création de deux stations de voitures pour transport des malades contagieux.

On va construire, rue Crozatier, au voisinage de l'hôpital Saint-Antoine et rue Staël, près des Enfants-Malades, deux stations de voitures pour le transport de personnes atteintes de maladies contagieuses. On sait qu'il existe déjà quatre voitures analogues, remisées à l'Hôtel-Dieu. Il y aura, dans les deux nouvelles stations, douze voitures : deux pour la variole, deux pour la diphtérie, deux pour la rougeole, deux pour la scarlatine, deux pour la fièvre typhoïde et deux autres pour diverses autres affections (coqueluche, érysipèle, etc.). Des infirmières des hôpitaux voisins seront attachées à chaque station. Dans chaque voiture, il y aura place pour un infirmier ou infirmière au chevet du malade. Pour utiliser ces voitures, il faudra recourir à l'administration de l'Assistance publique.

Les bactéries de la glace.

M. H. de Varigny vient de publier, dans la *Revue scientifique*, une intéressante revue critique sur les *Bactéries de la glace*. Citons seulement les remarques les plus importantes qui ont été faites sur ce sujet, en ce qui concerne l'hygiène et la pathologie. Le bacille de la fièvre typhoïde, susceptible de prospérer dans l'eau, peut résister à une congélation prolongée, d'où égal danger de la part de l'eau et de la glace à ce point de vue. On pourrait en dire autant de bien d'autres microbes. Voilà qui montre avec quelles précautions on devra désormais user de la glace. On aura soin, autant que faire se pourra, de ne consommer que celle qui sera faite avec de l'eau aussi pure que possible. La glace provenant des montagnes sera donc bien des fois supérieures à la glace récoltée dans les étangs des environs des villes et.... surtout dans les bassins de la ville de Paris.

FORMULES

V. Pommade contre le pityriasis du cuir chevelu. ([illegible]).

Fleur de soufre [illegible] . . .	0 gr. 50 centigr.
Teinture de Benjoin . . .	[illegible] gr.
Moelle de bœuf	[illegible] gr.
Huile d'amandes douces . .	10 gr.

F. S. A. une pommade, avec laquelle on pratique une [illegible] sur le cuir chevelu tous les jours, tous les deux jours, ou [illegible] fois par semaine, suivant l'intensité du mal, que la tête [illegible] d'un bonnet. Dans les cas légers, on [illegible] le cuir chevelu, une ou deux fois par semaine, avec de l'huile d'amandes douces. — Le lendemain [illegible] de bois de Panama, [illegible] pour 500 grammes, de 40 grammes [illegible] de 2 grammes de carbonate de soude. (*Union Médicale*.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 août 1887 au samedi 3 septembre 1887, les naissances ont été au nombre de 1135, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 439 ; illégitimes, 124. Total, 563. — *Sexe féminin* : légitimes, 420 ; illégitimes, 152. Total, 572.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 août 1887 au samedi 3 septembre 1887, les décès ont été au nombre de 904, savoir : 482 hommes et 422 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 16, F. 19. T. 35. — Variole : M. 4, F. 5, T. 9. — Rougeole : M. 10, F. 9. T. 19. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 2, F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 14, T. 27. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 107, F. 69. T. 176. — Autres tuberculoses : M. 24 F. 8. T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 3. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 30. T. 46. — Méningite simple : M. 4, F. 16. T. 20. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 19. T. 41. — Paralysie : M. 3, F. 1. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 4. T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 10, F. 22. T. 32. — Bronchite aiguë : M. 5, F 6 T. 11. — Bronchite chronique : M 12, F. 17. T. 29. — Broncho-Pneumonie : M. 5, F. 3. T. 8. — Pneumonie M. 16, F. 12. T. 28. — Gastro-entérite, biberon : M. 49, F. 51. T. 100. — Gastro-entérite, sein : M. 31, F. 13. T. 44. — Autres gastro-entérite : M. 5, F. 6. T. 11. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 6, F. 8, T. 14. — Sénilité : M. 8, F. 17. T 25. — Suicides : M. 13, F. 6. T. 19. — Autres morts violentes : M. 10, F. 5. T. 15. — Autres causes de mort : M. 86. F. 48. T. 134. — Causes restées inconnues : M. 0 F. 3. T. 3.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 11. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 19 ; illégitimes, 9. Total : 28.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Elle vient de recevoir le legs d'une somme dont les arrérages devront servir à la fondation d'un prix qui portera le nom de prix *Pourrat*, du nom de son généreux donateur. Ce prix, d'une valeur de 2.000 francs, devra être décerné, tous les ans, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet proposé chaque année par l'Académie et relatif à l'art de guérir. La commission, chargée de désigner la question à mettre au concours pour 1888, a été nommée dans la séance de lundi dernier ; elle se compose de MM. Charcot, Bouchard, Larrey, Marey et Richet.

ASILE D'ALIÉNÉS. — M. le Dr GUILBERT, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. Deswatines, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.). — M. DENIZET, directeur de l'asile du Mans (Sarthe), est nommé directeur de l'asile de Cadillac, en remplacement de M. Guilbert, et maintenu dans la 2e classe de son grade (4,000 fr.). M. le Dr Deswatines, directeur de l'asile de Bordeaux, est nommé directeur de l'asile du Mans, en remplacement de M. Denizet, et maintenu dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.). — M. le Dr CORTYL, directeur-médecin de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé directeur de l'asile de Bailleul (Nord), en remplacement de M. Leblond, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire. M. Cortyl est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.). M. le Dr GIRAUD, directeur-médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, en remplacement de M. le Dr Cortyl, et promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.). M. le Dr CAILLAU, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Fains, en remplacement de M. Giraud, et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.). M. le Dr GIRMA, médecin adjoint à l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), est nommé médecin-adjoint de Saint-Yon (Seine-Inférieure), en remplacement de M. le Dr Baraduc, mis en disponibilité sur sa demande. M. Girma est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.). M. le Dr LEGRAIN, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), en remplacement de M. le Dr Keraval, appelé à d'autres fonctions, M. Legrain est placé dans la 2e classe de son grade (2,400 fr.). M. le Dr BRUSQUE, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er mai 1887.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Création d'un nouvel hôpital à Paris*. — Par décret du 22 août 1887, on vient de déclarer d'utilité publique la construction d'un hopital à Paris. Il sera situé dans le XIXe arrondissement, entre la place du Danube, la rue David-d'Angers et le boulevard Serrurier.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — *Congrès de Toulouse.* — La mobilisation du 17e corps d'armée, dont le grand quartier général est à Toulouse, sera terminée à la date de l'ouverture de la Session et ne peut entraver les travaux du Congrès ni les excursions qui ont été préparées.

ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE. — Le 12e Congrès de cette association sera inauguré le 19 septembre prochain, à l'aula de l'Université de Paris. Ce Congrès comprendra dix sections : médecine, chirurgie, hygiène et hydrologie, médecine légale, névropathologie et phéniatrie, obstétrique, gynécologie et pédiatrie, dermopathologie et syphiliographie, ophthalmologie et biologie, chimie et pharmacie, art vétérinaire. Un grand nombre de communications sont annoncées.

CHOLÉRA EN ITALIE. — On cite quelques cas de choléra aux environs de Rome, mais la maladie n'a pas l'air de vouloir prendre de l'extension dans le reste de l'Italie.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE A WASHINGTON. — On sait que ce Congrès a dû commencer ses travaux lundi dernier. Nous publierons sous peu les communications qui y seront faites

CRÉATION D'UN ASILE : FONDATION HARTMANN. — Le préfet de la Seine, au nom de la ville de Paris, est autorisé à accepter le legs Albert Hartmann, consistant en une somme de 500.000 francs, qui devra être employée à la fondation, à Paris ou dans les environs, d'un asile qui portera le nom de « Fondation Hartmann » et qui sera administré conformément aux dispositions de la loi du 10 janvier 1845.

EPIDÉMIES. — On signale une épidémie de trichinose à Brunswick.

EXCURSION HYDROLOGIQUE. — Nous avons annoncé que la Société française d'hygiène devait parcourir les villes d'eaux de tout le Plateau central. Nous apprenons que la Société vient de commencer sa tournée par la visite de Pougues, où M. le Dr Bovet, médecin-inspecteur, a fait une intéressante conférence sur cette station.

L'UNIVERSITÉ DE VIENNE EN 1886. — Le catalogue officiel de l'Université de Vienne pour le semestre d'hiver 1887-88 donne les chiffres suivants, qui se rapportent au mouvement des étudiants à ladite Université. Le nombre de tous les étudiants qui ont fréquenté l'Université de Vienne dans le dernier semestre d'été est de 5.456, dont 2.668 étudiants (2.178 ordinaires et 880 extraordinaires), appartenant à la Faculté de médecine. Parmi les 337 étrangers, il y avait 66 Américains, 50 Russes, 28 de l'Empire-Allemand, 74 Roumains, 82 Serbes, 9 Bulgares, 15 Suisses, 8 Italiens, etc. Les cours suivants seront faits dans le semestre prochain, à la Faculté de médecine : 3 cours seront faits par 3 professeurs différents, sur l'*histoire de la médecine*, 6 différents cours d'*anatomie*, 12 de *physiologie*, 18 de *pathologie générale*, *anatomie histologique*, *pharmacologie et pharmacognosie*, 46 de *médecine interne*, 32 de *chirurgie*, 5 d'*otiatrie*, 17 d'*oculistique*, 28 de *gynécologie* et de *pédiatrie*, 17 de *dermatologie* et de *syphilis*, 6 de *psychiatrie*, 6 d'*hygiène* et de *pharmacologie d'Etat* et enfin 6 de *chimie médicale*. La Faculté de médecine de Paris et le corps médical des hopitaux n'ont qu'à bien se tenir. C'est l'éternelle question de la qualité et de la quantité. Ne nous illusionnons pas cependant. Au point de vue qualité, Vienne a fait ses preuves, et pour la quantité, c'est assez clair, nous sommes vaincus.

RAGE. — On mande de Poulaine (Indre), qu'un nommé Pénichaud vient de mourir de la rage. Le 12 juin dernier, Pénichaud était mordu par un chien enragé. Le 13, il partait pour Paris où il suivait le traitement de M. Pasteur, suivant la méthode intensive. Revenu chez lui, il a été pris de la rage et a succombé après un jour de souffrances (*Le Temps*, 4 sept.). — La *Semaine médicale* du 7 septembre 1887 publie en outre deux nouveaux cas de mort à la suite de rage survenus chez des individus traités à l'Institut Pasteur.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Expériences de relèvement des blessés, etc., pendant l'essai de mobilisation.* Le *Temps* publie une lettre que M. Mathis, médecin en chef du corps mobilisé, adresse au chef de corps pour qu'il soit fait une expérience de relèvement des blessés, du fonctionnement des postes de secours ainsi que des ambulances et des hôpitaux, lors d'un combat simulé qui doit avoir lieu entre les divisions.

SOCIÉTÉ DE BOTANIQUE DE FRANCE. — Sont approuvés : 1° les modifications demandées par la Société de botanique de France, à l'article 13 de ses statuts, tels qu'ils sont annexés au present décret ; 2° le nouvel article 18 desdits statuts.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr HAIRION, professeur émérite à la Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain, mort à 78 ans après avoir été directeur de l'Institut ophthalmologique de l'année et président de l'Academie royale de médecine de Belgique. — M. le Dr SUCQUET, médecin sanitaire à Beyrouth, auteur d'une série de rapports sur l'épidémiologie en Orient. — M. le Dr GRAMMAIRE, médecin de l'Etat civil à Paris. — M le Dr ROUSSEAU, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Epernay. — M. POLIAKOFF, naturaliste et anthropologiste, mort à Saint-Pétersbourg à 40 ans. Il était conservateur au musée de l'Académie des sciences. Il a été le compagnon de voyage et l'élève du prince Kropotkine; celui-ci l'avait distingué dans la troupe des cosaques qui l'escortait. Malgré sa pauvreté, à force d'opiniâtreté et de travaux manuels, il réussit à conquérir peu à peu ses grades universitaires (licencié ès sciences, docteur ès sciences zoologiques etc.), mais il y laissa sa santé. — M. DESNOYERS, membre de l'Institut, bibliothécaire du Muséum d'histoire naturelle de Paris. — Nous apprenons au moment de mettre sous presse la mort de M. PASQUIER, directeur des affaires municipales à la Préfecture de la Seine. Les obsèques auront lieu le 10 courant, à 11 h. 1/2, à Bourg-la-Reine).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boul. Saint-Germain.

TARTENSON (A.) Traité clinique des fièvres larvées, précédé d'une préface, par G. Barral. Volume in-8° de 262 pages. Prix : 6 fr.

LEBLOND (A.) Traitement du diabète par l'eau chargée d'oxygène sous pression. Extrait du *Journal de médecine de Paris*. Brochure in-8° de 4 pages. — Paris, 1887. — 25, boulevard Haussmann.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

COHEN (E). — Orteil en marteau. — Nouveau traitement par ostéotomie cunéiforme. Brochure in-8 de 92 pages. — Prix : 2 fr.

GREFFIER (L.). — De l'électricité statique et de ses applications à la thérapeutique. Brochure in-4 de 7 pages. — Paris, 1887. — Typographie A. Davy.

TROISFONTAINES. — Un nouveau dilatateur utérin. Brochure in-8 de 7 pages. — Liège, 1887. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

BASSI (U.). — Nevrite multipla consecutiva a febbre tifoide, nota clinica. Brochure in-8 de 8 pages. — Venezia, 1887. — Tipografia dell'Emporio.

BASSI (U.). — L'antipirina contro il dolore. Brochure in-8 de 7 pages. — Milan, 1887. — Librairie F. Vallardi.

LANGDON DOWN. — On some of the mental affections of childhood and youth being the lettsomian lectures delivered before the medical Society of London. Volume in-8 de 307 pages. — London, 1887. — J. et A. Churchill.

SOMMA. — Corizza difteriea primitiva nei bambini. Brochure in-8 de 56 pages. — Napoli, 1887. — Tipographico dell'Unione.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

MERCIER (G.) Action de l'acide azotique sur l'urine. Brochure in-8° de 8 pages.

BRAITHIRAITE (J.). — The retrospect of medicine : being a half-yearly Journal, containing a retrospective view of every discovery and practical improvement in the medical sciences. Volume in-18 de 440 pages, avec figures. — London 1887. Simpkin, Marshall et Co.

CHAMPNEYS (F.-H.) Experimental researches in artificial respiration in stillborn children, and allied subjects. Volume in-8° de 153 pages. — London, 1887. — H.-K. Lewis.

CORMACK (C.-E.). — The mineral waters of Vichy and the diseases in which they are indicated followed by a sketch of some of the principal excursions in the environs. Volume in-18 de 375 pages, avec deux plans hors texte. — London, 1887. J. et A. Churchill.

LINROTH. Berattelse till kongl. Medicinalstyrelsen om Allmänna Helsotillständet i Stockholm under aret 1886 och om Hvad i afssunde derce och för Allmanna Sjukvarden Blifvit under Samma tid atgjordt of Stockholms Helsovardsnamd. Volume in-4° de 160 pages, avec nombreux tableaux. — Stochholm, 1887. — Tryekt hos K. L. Beckman.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 38. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 17 SEPTEMBRE 1887

Le Progrès Médical

MÉDECINE LÉGALE

Phénomènes consécutifs à deux tentatives de pendaison ;

Par M. TERRIEN, interne à l'asile d'aliénés de Nantes.

Nous avons eu déjà l'occasion de voir plusieurs pendus, mais non pas à l'asile des aliénés de Nantes. Le cas ci-dessous est le premier qui ait été soumis à notre observation à l'asile. Nous arrivions toujours quand tout était consommé, comme, du reste, pour la plupart des médecins. Plus heureux, cette fois, nous avons pu, étant de garde à l'asile Saint-Jacques, nous rendre presque aussitôt sur le lieu du suicide : le pendu venait d'être décroché; il respirait encore. Nous avons donc assisté à son retour à la vie normale, retour qui fut accompagné de phénomènes si remarquables, que nous y avons attaché l'attention la plus grande et que nous les avons notés dans leurs moindres détails. Nous croyons utile de les signaler, pour que d'autres, plus compétents que nous, puissent en tirer les conséquences physiologiques qui doivent en découler, d'autant que nulle part, à ce que nous sachions, il n'ont été mentionnés. Avant de rapporter le fait dont nous avons été le témoin, nous tenons à relater un cas de pendaison que notre excellent maître, M. le Dr Biaute, a recueilli lui-même, il y a quelques années, lorsqu'il était médecin djoint de M. le Dr Boutcille, et qu'il a bien voulu nous communiquer. Ces deux cas présenteront, du reste, sur plusieurs points, des ressemblances ; cependant, dans le nôtre, les phénomènes sont plus complexes et plus surprenants.

Obs. I. — C..., âgé de 29 ans, était entré à l'asile de A..., le 22 novembre 1863, atteint de mégalomanie, sans aucun signe de paralysie générale. Dix-sept ans après l'admission, le 3 août 1880, sans que le mobile ait jamais pu être bien saisi, C.. fit une tentative de suicide. Il s'attacha une corde autour du cou, et la fixa au bouton d'une porte séparant le vestibule de la section de l'escalier qui conduit au sous-sol. On ne sait comment il ouvrit cette porte ; il l'attira sur lui et se laissa ensuite glisser dans l'escalier.

Sa disparition fut vite remarquée et la corde fut coupée par un infirmier, avant que la respiration ait cessé, mais elle était difficile, irrégulière. C... faisait de grandes inspirations, séparées par un intervalle prolongé, les lèvres étaient froides ; il y avait perte absolue de connaissance et résolution musculaire complète. On fit des frictions avec la laine et des mouvements respiratoires artificiels par élévation et abaissement des bras, et par compression et dilatation simultanée du thorax.

Etant encore sans connaissance, C... a été transporté, vers huit heures, à l'infirmerie. On a pratiqué la flagellation avec des compresses trempées dans de l'eau froide et on a continué les mouvements artificiels. La respiration pendant quelques instants, est revenue régulière, mais faible. Les pupilles étaient très dilatées. Tout à coup ont apparu des convulsions épileptiformes, avec déviation de la face; par moment, elles étaient tétaniques ; d'autres fois, il y avait projection du tronc et des membres en différents sens : une sueur profuse est survenue, la respiration a de nouveau été irrégulière et le pouls s'est présenté petit, filiforme. Des sinapismes avaient été appliqués sur tous les membres.

Vers onze heures, on met un vésicatoire à la nuque, et comme C... peut déglutir, il est possible de lui faire absorber une potion avec 12 grammes de bromure de potassium. Le sillon est très marqué sur tout le pourtour du cou, avec excoriations sanglantes. Le même état a persisté toute la nuit, avec les mêmes convulsions ; mais la respiration est plus ample et tout danger imminent paraît avoir disparu vers minuit ; le pouls redevient meilleur. Rien n'a démontré qu'il y ait eu éjaculation spermatique.

A la visite du matin, il est encore dans le coma; on lui fait prendre toutefois du liquide qu'il déglutit et qu'il avale parfaitement, les pupilles sont dilatées, mais sensibles; le soir, il est réveillé, mais il ne parle pas. Les convulsions avaient cessé avant la visite et n'ont pas reparu durant la journée.

Le surlendemain, C... est revenu à lui ; il parle bien ; il menace encore d'attenter à ses jours; sa voix est enrouée et il souffre de partout, dit-il.

Le 6 août, C... est mieux; toutefois, il se plaint de souffrir de la gorge. Il ne veut pas avouer qu'il s'est pendu et prétend être victime d'une erreur médicale. — Le 8 août, le sillon est toujours marqué, même sur la partie qui a supporté le vésicatoire. Le 12 août, le sillon est brun, parcheminé.

Le 25 août, C... est devenu plus calme et parle d'une façon sensée. Il avoue ne se souvenir de rien de ce qui s'est passé pour la tentative de suicide. Il s'est trouvé à l'infirmerie sans savoir comment. Il dit encore que durant le mois de juillet, en pleine nuit, il avait déjà essayé de se pendre aux barreaux de son lit, mais la corde s'était rompue.

Au mois de décembre, le sillon est blanchâtre ; la trace du vésicatoire à la nuque apparait brûnâtre encore.

Voilà le premier cas tel que l'a recueilli M. le Dr Biaute. M. le Dr Ch. Rousseau avait déjà communiqué, en 1878, à la *Société académique de Nantes*, un cas ressemblant au précédent, mais il y avait eu mort trois jours après la tentative de suicide.

Je passe maintenant à celui que j'ai observé.

Obs. II. — G..., 25 ans, célibataire, cultivateur, est entré à l'asile Saint-Jacques, le 31 mai 1887, atteint de délire hypochondriaque avec idées de suicide. Il possède une hérédité accumulée; c'est un grand jeune homme un peu bègue, à tête mal conformée, craintif, pusillanime, masturbateur. Il avait déjà cherché à s'empoisonner, s'était jeté à l'eau dans le but de se noyer et de se soustraire par la mort aux souffrances physiques qu'il endurait. Depuis son entrée à l'asile, il était calme, mais se plaignait sans cesse de ses douleurs imaginaires. Dans la nuit du 13 au 14 juillet, il avait essayé de se pendre dans le dortoir de la 8e section; la corde s'était aussitôt brisée et l'infirmier n'avait pas eu besoin d'appeler des secours. Mais c'était une idée fixe, bien arrêtée chez lui ; aussi devait-il bientôt la mettre encore à exécution, car malgré la surveillance la plus active, malgré les dispositions prises dans l'aménagement des chambres ou des cellules, il est impossible d'empêcher un malheureux aliéné, que domine l'idée du suicide, de trouver un lien, une place, un moment propice pour se pendre.

C'était le 13 août, à 10 heures 30 du matin. G..., que l'on s'efforçait d'occuper pour l'arracher à ses idées hypochondriaques, quittait le quartier pour aller chercher les aliments de sa section. Il se dérobe tout à coup au gardien qui accompagnait la petite escouade de malades et pénètre furtivement dans une salle de bain séparée de la section, mais qu'il trouve ouverte sur son passage. Il ferme la porte derrière lui, et, muni de deux mouchoirs habilement disposés, comme il l'expliqua plus tard après son réveil, il se pend à un crochet situé au-dessus d'une baignoire.

Le gardien, avant de distribuer la nourriture à chaque malade, s'aperçoit de l'absence de G... On le cherche; pendant qu'un des infirmiers visite les cellules, un autre court vite à la salle de bains, et il le trouve là suspendu, les yeux largement

ouverts, les membres flasques et pendants, la langue gonflée, violacée, serrée entre les dents, qu'elle dépasse très faiblement. Il est complètement privé de sentiment et de mouvement; il est dans un état de mort apparente. On tranche aussitôt le lien, G... fait une inspiration bruyante, l'air a pénétré en sifflant après la rupture de la corde. Il est porté sur son lit, où il reste sans mouvements, mais on voit qu'il respire encore. J'arrive à ce moment. Voici l'état dans lequel je le trouve: les yeux toujours grands ouverts, saillants, avec pupilles légèrement dilatées et sans réaction aucune à la lumière; le visage est d'une coloration presque normale, la langue seule est un peu violacée; elle est fixée derrière les arcades dentaires et porte l'empreinte des dents sans que le tissu soit déchiré par une morsure. Pas d'ecchymoses punctiformes sous la conjonctive ou les paupières. Insensibilité la plus complète dans toutes les parties du corps; les membres sont en résolution, la cornée est insensible et ne détermine aucune action réflexe quand on la touche; je titille la membrane pituitaire avec une sonde. G... se débat agite vivement la tête. Pas de strabisme; les yeux sont fixes immobiles dans l'orbite. Une écume blanche, non sanguinolente, s'échappe de la bouche; elle ne semble pas venir des bronches, car la respiration n'est pas stertoreuse, ne semble pas embarrassée; c'est le mucus mousseux de la salive sécrétée en très-grande abondance. Aucune trace de sang ni dans les oreilles ni dans le nez. Le pouls est petit, mais son rhythme est régulier, sa fréquence à peu près normale; les bruits du cœur sont également réguliers, mais un peu faibles.

Le sillon est marqué par une rougeur un peu diffuse, sans profondeur, sans bords saillants, sans excoriations ni ecchymoses apparentes; il est oblique de bas en haut et d'avant en arrière, son extrémité inférieure correspondant au cartilage thyroïde. La rougeur est à peine marquée du côté droit, très marquée, au contraire, du côté gauche, où l'empreinte va toutefois en diminuant de la région sous-hyoïdienne vers la nuque. Pas de lésions profondes du cou. Pas d'érection; la verge est semi-flasque. Il y a eu évacuation involontaire d'urine, car la chemise en garde les traces, mais il n'y a pas eu d'éjaculation ni d'évacuation de matières fécales. J'active la respiration en pratiquant la respiration artificielle. Elle devient haletante A ce moment, des attaques épileptiformes apparaissent et ne semblent pas prédominer plus d'un côté que de l'autre. On le flagelle avec des compresses humides. Les contractures succèdent aux mouvements convulsifs. Tous ses membres sont rigides et le tronc s'incurve; il est en opisthotonos, reposant seulement sur le lit par ses deux extrémités, tête et pieds. La face est, à ce moment, très congestionnée; elle est violacée; les lèvres, les oreilles sont bleuâtres. Une sueur profuse inonde le visage; l'écume s'échappe toujours de la bouche en abondance. Les artères temporales sont gonflées, saillantes, les pupilles alors sont très dilatées, inégales, la droite plus dilatée que la gauche. L'anesthésie existe encore.

Dix minutes après mon arrivée, la sensibilité commence à revenir. On pique G..., il retire le membre touché. Il est alors moins congestionné. J'examine les réflexes du genou et du pied; je les trouve très augmentés. Puis il se met à faire des mouvements dans le lit avec ses pieds comme s'il marchait, soulevant alternativement et d'une façon absolument régulière le pied droit, puis le gauche.

En présence de ce fait on le fait lever et maintenir debout en le soutenant, car il ne peut se tenir seul; il reproduit, avec les pieds, les mêmes mouvements qu'il faisait au lit, mais il n'avance pas. Bientôt le gardien qui le soutient sent qu'il tend à tourner à droite; toujours soutenu, il tourne, en effet, l'axe de son corps servant de pivot, car il ne quitte pas encore le point où on le place. Il décrit ensuite un cercle avec un très court rayon, mais toujours le mouvement giratoire se fait à droite, la tête penchée sur l'épaule de ce côté. Je soutiens, à mon tour, le malade, pour bien m'assurer par moi-même de ses tendances. J'essaye de le faire changer de direction et de le faire tourner à gauche. Impossible; ses jambes s'entremêlent, il ne peut avancer; le laissant libre alors, il reprend son mouvement vers la droite; la marche n'est pas bien assurée, il y a de l'incoordination dans les mouvements, il fauche en marchant. Le rayon de son cercle s'agrandit de plus en plus; toujours soutenu mais plus faiblement il va maintenant d'un bout de la chambre à l'autre. Il court plutôt qu'il ne marche. La jambe gauche paraît plus faible. A ce moment, il doit voir, car arrivé à l'extrémité de la salle, il s'arrêta pour tourner, mais toujours dans la même direction. J'essaye encore de le ramener vers la gauche: mêmes difficultés de progression que tout à l'heure; sa figure, du reste, indique la gêne, quand je le contrarie ainsi dans ses mouvements. Il n'entend pas encore quand on lui parle. — La cornée est très sensible. On prépare un bain de pied, mais on ne peut l'y maintenir. Il veut marcher, car ses jambes s'agitent dans la baignoire et s'en échappent bientôt. On lui cède et on le laisse reprendre sa course. Il court, en effet, avec une grande vitesse; les forces reviennent peu à peu; je l'appuie contre le pied d'un lit; il peut se tenir debout. Je le force à rester dans cette position, la face tournée vers le lit. Il continue ses mouvements de marche avec opiniâtreté, bien qu'il se choque à chaque fois le genou contre le fer, et malgré la douleur qu'il parait endurer, car sa figure se contracte et indique la souffrance. A un moment donné, impatient, il se met à sauter, à danser, toujours en se frappant contre les barreaux du lit. Cette danse dure une minute environ. Encore une fois, je le laisse libre; aussitôt la physionomie change. Il semble satisfait et il court. On ne le soutient plus que par un pan de sa chemise. C'était un spectacle étrange que la vue de cet homme privé de sentiments, les yeux hagards, courant, tournant et voulant à tout prix courir et tourner du même côté. Je l'applique, en dernier lieu, contre un des angles de la chambre. Il demeure maintenant tranquille; il entend très bien, mais ne comprend pas. Ses pupilles, toujours dilatées, réagissent; la cornée est très sensible; les réflexes du genou encore très augmentés. Il ne fait plus alors mouvoir ses pieds, mais il frotte vivement son dos contre le mur et son bas-ventre avec ses mains; celles ci rencontrent bientôt la verge, et il effectue aussitôt les mouvements de la masturbation. J'essaye de lui retirer les mains; il se débat et saisit sa verge avec plus d'acharnement.

Il était midi moins cinq minutes et nous étions arrivés à onze heures moins trois ou quatre minutes. Dans l'espace d'une heure, tous ces effets physiologiques s'étaient produits.

G... est replacé sur le lit. Nous le quittons ensuite et recommandation est faite au gardien de ne pas l'abandonner un instant et d'avoir soin de bien noter, autant qu'il lui sera possible, tous les phénomènes apparents qu'il pourra présenter. Je reviens près de G... une heure après; je ne trouvai aucune modification bien sensible dans son état; il était cependant plus calme, tout en cherchant fréquemment à quitter le lit Il ne parlait ni ne comprenait: les pupilles étaient un peu moins dilatées. A quatre heures, il articule le premier mot, mal prononcé encore, et difficile à saisir : « Que je souffre! » dit-il. A cinq heures, il est debout dans la cour; il marche seul. Plus d'incoordination dans les mouvements, plus de mouvements giratoires, plus d'impulsion irrésistible à la marche. Il parle et comprend ce qu'on lui dit, mais l'intelligence n'est pas nette, les idées sont troubles, embrouillées. Il a les membres engourdis, nous dit-il, et il souffre au cou. Il ne peut rien nous rappeler de ce qu'il a fait: il ne s'en souvient pas. Le sillon est toujours très marqué du côté gauche; à peine si on l'aperçoit à droite. Le soir, il boit, mais ne peut avaler les aliments solides à cause de la vive douleur qu'il ressent à la gorge. La nuit s'est passée sans incidents. G... a assez bien reposé. Le lendemain, je l'interroge à nouveau, il est tranquille et me répond avec précision à toutes les questions. Sa voix est naturelle et il parle comme autrefois. Je lui fais raconter l'histoire de sa pendaison, son dessein bien arrêté d'abord, puis ses hésitations.

« A dix heures et demie, dit-il, au lieu d'aller à la cuisine chercher la nourriture comme j'avais coutume de le faire, je pénètre dans la salle de bains, dont la porte était ouverte. J'entre et je ferme derrière moi. J'étais résolu à me pendre; dans ce but, je m'étais muni de deux mouchoirs. Quand j'ai été renfermé dans cette salle, j'ai pris peur et j'aurais voulu sortir, mais ce n'était plus possible, la porte était fermée et ne pouvait plus s'ouvrir. Alors, affolé, je prends mes deux mouchoirs, je les noue au bout l'un de l'autre, je replie une extrémité de manière à faire une boucle, je passe la tête et je fixe l'autre extrémité à un crochet placé au-dessus d'une baignoire. J'avais un pied sur une chaise et l'autre sur les bords de la baignoire, et

j'étais prêt à me laisser suspendre quand le gardien de mon escouade revint de la cuisine. Je l'ai entendu passer près de la salle de bains. A peine était-il passé, que je repousse la chaise, j'étais pendu. (Il était onze heures moins dix minutes, nous a dit le gardien). J'ai ressenti, à ce moment, continue le malade, une très vive douleur à la gorge, j'ai senti que tous mes membres s'agitaient dans des tremblements convulsifs, puis plus rien. Quand je me suis réveillé, je ne me souvenais plus de ce qui s'était passé, je me croyais au lever et je fus même très surpris de voir mes camarades debout, vêtus, la salle déjà nettoyée; j'éprouvais un mal de gorge et je ne m'expliquais pas pourquoi. »

G... raconte aussi la préparation des mouchoirs; il avait pris toutes les précautions pour arriver certainement au but. J'aurais voulu reproduire le dessein des nœuds et de la boucle que le malade dispose devant moi, mais la description aurait ajouté trop de détails à ce compte rendu déjà trop long des phénomènes consécutifs aux tentatives de suicide par pendaison.

G... a aussi parfaitement conscience de tout ce qu'il a fait la veille. Il est, à cette heure, tel qu'il se présentait à nous, avant la tentative de suicide, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. Il s'abandonne de nouveau à ses idées hypochondriaques : « Il souffre dans tout le corps, abdomen, poitrine, gorge, etc., et il aurait bien mieux valu peut-être pour lui qu'il fut mort. » Il a un peu de pharyngite, les mouvements de déglutition sont pénibles. L'empreinte au cou est légèrement parcheminée. Elle est large de 2 centimètres au niveau du cartilage thyroïde. Je l'ausculte ; aucun râle dans les poumons. Il est envoyé de nouveau à de petites corvées, mais avec l'ordre de ne pas le quitter un instant, car, laissé seul, il recommencerait certainement une nouvelle tentative de suicide.

Aujourd'hui, 18, c'est-à-dire cinq jours après l'accident, G... continue à se bien porter. Le sillon persiste toujours au cou, du côté gauche seulement.

Tel est le deuxième cas, avec tous ses détails, dans l'ordre où ils se sont présentés à notre observation. Ils sont assez curieux, croyons-nous, pour que nous nous permettions d'en faire suivre l'exposé de quelques considérations succinctes, laissant aux physiologistes le soin d'en tirer des conséquences théoriques plus approfondies. Une première question se pose : Combien de temps a duré la pendaison? J'ai fait reproduire l'expérience, j'ai compté le temps écoulé entre le moment où le gardien passait devant la section, revenant de la cuisine (le malade allait se laisser choir, nous l'avons vu plus haut) et le moment où ce même gardien, après avoir distribué quelques aliments, après avoir remarqué l'absence de G..., était accouru dans la salle de bains et avait tranché la corde, il s'était passé 3 minutes. Tenant compte des légères hésitations qui ont manqué dans l'expérience et qui ont pu exister dans l'accomplissement du fait lui-même, G... a du rester pendu de 3 à 4 minutes environ. — Cela est bien d'accord avec l'opinion de Taylor qui considère la résurrection comme possible en général, après 5 minutes de pendaison.

La syncope chez notre malade a été très rapide. Fleischmann, étudiant sur lui-même les effets de la pendaison, indiquait comme marquant le moment où devait cesser l'expérience, l'apparition de certains symptomes : sensation de poids, un commencement de stupeur, un bouillonnement dans les oreilles et le passage d'étincelles devant les yeux. Il les avait ressentis et avait fait cesser la suspension au bout de 2 minutes dans la première expérience et de 30 secondes dans la deuxième. « Quelques secondes après ma suspension, dit le malade, j'ai perdu connaissance, je n'ai senti qu'une très vive douleur à la gorge, une agitation, des secousses violentes dans tous mes membres, sans éblouissements ni bourdonnements d'oreilles. » La syncope paraît avoir été plus rapide que ne l'indiquent les expériences de Fleischmann.

Le directeur de l'Ecole de médecine de Nantes, M. le docteur Laënnec, a publié dans la *Gazette médicale de l'Ouest*, et mention en est faite dans le Dictionnaire de médecine, un cas remarquable de syncope, suite de strangulation, se prolongeant pendant plus de 12 heures. Il en attribue, la cause à la compression des carotides ayant déterminé promptement l'anémie cérébrale, d'où cet état syncopal prolongé.

C'est à cette compression des carotides, de la carotide gauche principalement (car le nœud du lien se trouvant à droite, la constriction se faisait surtout à gauche, c'est du reste ce qu'indique le sillon) c'est à cette compression, dis-je, des carotides que j'attribue tous les phénomènes remarqués chez notre pendu. La syncope est survenue promptement par l'anémie cérébrale. Etendu sur son lit, G... a d'abord à la face une coloration presque normale, le cerveau était encore anémié ; c'était alors la syncope avec résolution complète de tous les membres et l'anesthésie la plus profonde. Puis le visage s'injecte, les artères de la face sont gonflées, les lèvres et la langue deviennent bleuâtres, les carotides battent avec force, G... est très congestionné, et s'il n'eût été jeune, s'il eut été tant soit peu athéromateux, on eut redouté une rupture des artères cérébrales. A l'anémie momentanée avait donc succédé une réplétion abondante de tous les vaisseaux de l'encéphale, ce qui a produit l'agitation convulsive de l'épileptique, puis bientot les contractures, le clownisme de l'hystérique. Ces effets se sont produits également dans l'observation de M. le docteur Biaute. Ils ont du reste été notés plusieurs fois ailleurs.

Mais les phénomènes les plus remarquables et que, malgré toutes mes recherches à ce sujet, je n'ai vu nulle part signalés, cette tendance irrésistible à la marche pendant la privation de sentiment, ce mouvement giratoire du malade, à quoi peuvent-ils être attribués?

La carotide gauche seule était fortement comprimée. L'hémisphère gauche avait donc surtout reçu le choc, car le plus anémié d'abord, il aura été le plus impressionné ensuite par l'afflux du sang. Le malade penche sa tête à droite, du côté opposé par conséquent à la lésion. Quand il marche, il tourne toujours à droite, c'est le coté qui est sous la dépendance de l'hémisphère le plus touché qui entraine le malade. Il y a certainement une relation entre ce trouble de la circulation plus marqué du coté de l'hémisphère gauche et le mouvement giratoire vers la droite. Quel est le centre, quel est le point de l'hémisphère qui fait naitre cette action? Est-ce le pédoncule du cerveau gauche? Est-ce le cervelet et ses pédoncules? Il m'est difficile de trancher la question. Je crois pourtant que dans ces centres se trouve la solution du problème, à en juger par les résultats des expériences physiologiques faites sur les animaux et les phénomènes remarqués quelquefois chez l'homme dans certaines lésions de ces diverses parties de l'encéphale.

Je noterai de nouveau, afin de le faire bien ressortir, combien était sensible la membrane pituitaire au moment où partout ailleurs la sensibilité semblait abolie. — Je lui touche la *cornée*, aucune réaction ne se manifeste ; je le pique aux membres à *la face*, meme résultat. Je parle très fort à son oreille, la membrane du tympan n'est pas impressionnée, et, à peine le bec de la sonde est-il en contact avec les *narines*, les bords mêmes des narines, qu'aussitot le malade agite vivement la tête et se debarrasse par ses mouvements de l'instrument qui le gene. Le nerf trijumeau parait donc, à l'exclusion de tous les autres nerfs avoir conservé sa sensibilité, je dirais meme une sensibilité exagerée, mais seulement

dans les filets qui se rendent à la *muqueuse nasale*, comme s'ils avaient un centre spécial qui lui seul n'aurait pas été touché. Je ne veux rien conclure de ce fait si étrange, mais bien constaté.

Je termine en faisant remarquer que notre pendu n'a eu qu'une évacuation involontaire d'urine et qu'il n'a eu ni sensation voluptueuse, ni cette éjaculation que l'on avait autrefois donnée comme un effet constant de la pendaison, signe dont Tardieu, dans ses nombreux rapports médico-légaux, a du reste montré la rareté. Toutefois, il semble qu'il existe bien une légère excitation réflexe des centres génitaux, car nous avons signalé les mouvements inconscients de masturbation auquel G... s'abandonnait pendant son réveil. G... avait aussi la bouche remplie d'écume et il a survécu, ce qui détruit à nouveau l'aphorisme d'Hippocrate ; « le pendu que l'on a retiré la bouche écumeuse ne revient pas à la vie ».

Un cas d'asphyxie par strangulation : abaissement considérable de la température : guérison ;

Par **BOURNEVILLE**.

Nous ne croyons pas sans intérêt de rapprocher des cas qui précèdent une observation que nous avons recueillie en 1869 pendant notre internat dans le service de M. le professeur Hardy, à l'hôpital St-Louis (1).

N..., ouvrier doreur, âgé de 62 ans, quitta sa femme, avec laquelle il avait gaiement déjeuné à midi, et retourna à son atelier où il fut trouvé à une heure un quart pendu à l'aide d une corde et ne présentant aucun signe de vie. La corde dont il s'était servi avait environ deux centimètres de diamètre. Peu après un médecin qu'on avait appelé saigna le malade et l'envoya à l'hôpital Saint-Louis où nous le vîmes immédiatement, c'est-à-dire une heure après l'évènement. Le pouls était perceptible, à 84 ; la respiration était irrégulière, diaphragmatique ; la température rectale était de 34°,1. L'insensibilité était complète et la connaissance tout à fait abolie. La face était cyanosée ; la peau uniformément froide. Les pupilles étaient normales, égales et contractiles. Nous fîmes appliquer des sinapismes sur les jambes, les cuisses et à la nuque, frictionner le tronc avec de l'alcool camphré, en même temps que nous faisions des inhalations d'ammoniaque, qui ne déterminèrent pas d'éternuement. L'électrisation des muscles du thorax fut ensuite pratiquée. La respiration devint un peu plus régulière, mais l'état général restait le même.

Deux heures après l'accident le pouls était à 72-76 et la température toujours à 34°,1. On continua les frictions et on mit des ventouses sèches sur la poitrine et les membres inférieurs.

Trois heures après l'accident : P. 72 ; T. R. 36°,8 ; respiration plus régulière, quelques mouvements convulsifs des membres supérieurs ; agitation. *Traitement* : Julep avec acétate d'ammoniaque ; lavement purgatif, etc.

Cinq heures après, le pouls était à 80, la respiration ronflante à 18 ; la température rectale à 38°,4 ; la peau chaude.

Six heures après l'accident : le pouls était le même, la respiration à 20 et la température à 40°,3. La face était devenue rouge, la chaleur de la peau avait augmenté et le malade dormait. Pour diminuer la congestion on applique des cataplasmes sinapisés sur les cuisses et les mollets.

Huit heures après la tentative de pendaison : P. 92 ; R. 24 ; T. R. 39°,6. Le malade repose tranquillement. Dix heures après : P. 96 ; R. 24. T. R. 39°,1.

Le 28 septembre, à 9 heures du matin, c'est-à-dire 20 heures après l'accident : P. 88 ; R. 20 ; T. R. 39°,3. Le malade a dormi paisiblement depuis neuf heures du soir. Il était alors éveillé et se plaignait d'un sentiment de pesanteur, la mémoire était confuse, la respiration normale et les battements du cœur réguliers. Dans la soirée (28 heures après la pendaison) : P. 76 ; R. 20 ; T. R. 39°. Le malade avait eu trois selles abondantes. Il avait parlé un peu ; il ne voulait pas dire pourquoi il s'était pendu et n'avait aucun souvenir de ce qui lui était arrivé.

A partir de ce moment, l'amélioration fit des progrès rapides. On observa toutefois une congestion du poumon droit suivie d'un léger épanchement pleurétique qui nécessitèrent le séjour à l'hôpital jusqu'au 7 octobre.

La particularité qu'il importe de relever dans cette observation, c'est la marche de la *température centrale*. Elle présente tout d'abord un *abaissement* considérable, puis une *élévation* consécutive.

La température, une heure après la pendaison, était descendue à 34°,1, soit environ 3°,4 au-dessous de la température moyenne normale (37°,5). Ce n'est que trois heures après que la température se relève pour atteindre assez rapidement dix heures après l'accident, 40°,3, soit 2,8 au-dessus de la température naturelle. Aussitôt la température a commencé à s'abaisser, non pas avec la rapidité notée pour l'ascension, mais, au contraire, avec lenteur. Elle s'est, en effet, maintenue au-dessus de 39° pendant vingt-quatre heures, et ce n'est que le troisième jour, à dater de l'accident, qu'elle a descendu de 39° au taux normal. Ces renseignements sur la température, chez un pendu ramené à la vie, nous ont paru mériter d'être connus.

(1) Cette observation a été publiée dans *The Lancet*, 1870, I, p. 446.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du tissu érectile des fosses nasales.

III. D'après ce que nous avons dit dans le numéro précédent (1), nous voyons qu'au point de vue anatomique on peut faire entrer dans le groupe des tissus érectiles le tissu très vasculaire de certains points de la pituitaire ; l'embryogénie nous prouve que ce tissu est primitivement formé de capillaires qui, avec les progrès du développement, se dilatent énormément et se transforment en organe caverneux.

Nous n'avons pas, dans la muqueuse nasale, de membrane d'enveloppe isolant le tissu spongieux, mais celle-ci n'a rien de caractéristique : en effet, personne ne met en doute la nature érectile de la crête du coq, dans laquelle de volumineux capillaires arrivent jusqu'à l'épiderme dont ils ne sont séparés que par la membrane de Bowmann, exactement comme cela a lieu pour les corps caverneux de la pituitaire.

L'analogie de structure rapproche absolument le tissu érectile des fosses nasales de celui de la verge ; nous pouvons dire, de plus, que dans ces deux régions, le développement se fait de même façon, car M. Cadiat, sur un fœtus de mouton de 2 cent. 1/2 a vu les corps caverneux de l'urèthre seulement dessinés par des capillaires gros et nombreux, fait confirmé récemment par M. Retterer.

La partie anatomique de la définition que nous avons adoptée pour le tissu érectile est donc bien vérifiée ; il nous reste à faire la preuve physiologique de la nature érectile des tissus vasculaires des fosses nasales, ce qui nous amènera à en étudier les fonctions normales.

IV. Les tissus vasculaires de la pituitaire sont-ils susceptibles d'érection ?

Lorsque l'on étudie la pathologie des fosses nasales on est obligé d'admettre l'existence de cette érection. Mackenzie dit que la tuméfaction du tissu érectile du cornet inférieur et des parties correspondantes de la

(1) Voir *Progrès médical*, n° 37.

cloison produit le Hay-asthma (*Med. Rec.* 1885); Hack admet qu'à la suite de l'irritation de la muqueuse de Schneider les corps caverneux des cornets inférieurs peuvent augmenter de volume (*loc. cit.*); en un mot, la plupart des auteurs admettent la turgescence des organes qui nous occupent dans les cas de maladie.

A l'état de santé, Mackenzie (*Amer. journ. of Méd. Science*, avril 1884) a constaté directement l'érection des corps caverneux. Cette érection se produit chez beaucoup de femmes au moment des règles.

Ajoutons que, nous-même, avons vérifié la faculté que possèdent certains points de la pituitaire de devenir turgides. Nos expériences ont été pratiquées de la manière suivante : Nous avons placé un speculum dans le nez de jeunes gens sains, presque tous étudiants en médecine, et nous les avons priés de faire un effort de façon à rendre leur face turgide; dans ces conditions nous avons vu le gonflement des corps caverneux des cornets et de la cloison se produire.

Ces faits sont encore confirmés par les contre-expériences de Hering (Ann. des mal. de l'or. et du lar., 1886); cet auteur a vu les émotions morales, la peur, notamment celle produite par la crainte d'une opération, amener la disparition du gonflement des cornets.

Disons encore que nous avons vu, comme Mackenzie, des femmes, au moment de leurs règles, présenter du gonflement de la pituitaire et nous aurons ainsi démontré que les corps caverneux des fosses nasales sont susceptibles de turgescence, que l'effort les fait augmenter de volume, que les émotions *anémiantes* les font diminuer, en un mot qu'ils semblent suivre, dans leur gonflement et leur affaissement, les alternatives de pâleur et de rougeur de la face.

Ce qui précède nous amène à admettre chez l'homme, avec Ercolani, deux variétés de tissu érectile :

1° Un tissu formé de capillaires très dilatés et modifiés, capable de turgescence.

2° Un tissu analogue, mais soutenu par une forte trame conjonctive, élastique et musculaire, et entouré par une membrane d'enveloppe. Ce tissu est capable d'érection.

Nous considérons donc que la pituitaire renferme un tissu caverneux susceptible seulement de turgescence, l'érection vraie étant rendue impossible par l'absence de membrane d'enveloppe, inextensible au delà de certaines limites.

Donnons, pour terminer, une preuve anatomique de la faculté, que possèdent les organes qui nous occupent, de changer de volume : ils possèdent des artères hélicines et celles-ci sont toujours en rapport avec des modifications dans les dimensions des tissus qui les renferment.

V. Cherchons maintenant quel peut être le rôle de cette turgescence nasale à l'état physiologique. Si, procédant par analogie, nous comparons l'érection nasale à l'érection génitale, nous voyons que cette dernière a plusieurs buts : 1° Celui de permettre l'intromission par l'augmentation de consistance du pénis ; 2° celui d'augmenter le volume des surfaces à mettre en contact; 3° celui de rendre plus exquise la sensibilité des organes génitaux.

Le premier rôle que nous venons de voir est sans analogue pour la muqueuse nasale, mais il n'en est pas de même pour les deux autres et il est infiniment probable que la turgescence de la pituitaire est destinée : d'une part à augmenter la surface muqueuse qui doit être en contact avec les particules odorantes; d'autre part à rendre sensibles les impressions les plus délicates en hyperesthésiant, pour ainsi dire, les terminaisons nerveuses.

Il est un fait qui tend à prouver que la turgescence de la membrane de Schneider augmente la faculté dont elle jouit, de sentir les parfums ; ce fait est que, sur les animaux que nous avons étudiés, les organes caverneux sont surtout bien développés chez ceux qui, vivant à l'état sauvage, ont besoin d'une grande sensibilité olfactive soit pour flairer leur proie, soit pour se garantir de leurs ennemis, soit enfin pour sentir l'individu du sexe opposé au moment du rut. Les animaux domestiques que nous avons examinés offraient au contraire une notable atrophie de ces organes.

La délicatesse de l'olfaction est donc surtout remarquable chez les animaux qui ont un système érectile nasal très développé.

Les pathologistes ont établi que la turgescence des corps caverneux de la pituitaire était la cause d'un certain nombre de réflexes ; l'on sait d'ailleurs que, suivant la nature des agents excitants, ces réflexes varient, mais il en est un qui reconnait très souvent pour cause une impression olfactive et sur lequel nous allons insister : nous voulons parler de l'érection génitale. Chez certains animaux, cette érection se produit à l'époque du rut et à ce moment surtout les organes génitaux du mâle et de la femelle exhalent une odeur spéciale, parfois très forte (civette, genette, chevrotin, ondatras, buffles, moufettes, gorilles, etc.). Cette odeur impressionne la pituitaire ; elle est la cause, par action réflexe, de l'érection.

Des phénomènes analogues ont lieu chez l'homme et pour rappeler le rôle que joue l'odorat dans les actes génitaux, nous ne pouvons mieux faire que citer les lignes suivantes d'Hippolyte Cloquet (Osphrésiologie, Paris, 1821) :

« L'odorat est en rapport immédiat avec les fonctions de la génération. Le soin que beaucoup de femmes mettent à se parfumer semble en être une preuve ; celle qui est savante dans l'art de plaire ne vous laisse pénétrer jusqu'à elle qu'après vous avoir préparé à l'effet de ses charmes par celui de l'odorat..... Quelle n'est pas, chez l'homme, l'action électrique que produit, surtout dans la jeunesse, l'atmosphère de certaines femmes, et que la volupté ressaisit même dans les vêtements dont elles se sont dépouillées la veille ! Le fichu qui ceint leur cou exhale un bien autre parfum que les sachets des sérails de l'Asie ! On sait, dit notre ami le Dr Rullier (*Dict. des sc. méd.*, T. 36, p. 42), que certains hommes lascifs trouvent dans l'influence qu'exerce le *smegma vulvæ* sur la membrane pituitaire, le principe de dispositions très érotiques et que l'odeur de l'homme réveille chez quelques femmes ardentes le besoin du plaisir. »

Les relations physiologiques existant entre la pituitaire et les organes génitaux sont encore bien établies par les faits pathologiques.

Mackenzie a constaté souvent, chez des hommes, qu'à la suite d'excès vénériens, il se produisait de l'enchifrennement dû à l'obstruction des narines par les corps caverneux dilatés. Si les excès vénériens sont répétés, s'il y a des excitations sexuelles plus que physiologiques, celles-ci peuvent produire des inflammations des fosses nasales et Mackenzie cite, entre autres exemples, les écoulements purulents nasaux, la perversion du sens olfactif, chez les masturbateurs.

Chez la femme, les affections des organes génitaux retentissent sur les fosses nasales et parfois une affection rebelle de la pituitaire disparait lorsque l'on traite une affection utéro-ovarienne qui ne semblait pas en rapport avec elle.

Le coït immodéré aggrave les catarrhes nasaux; enfin, les règles et les excitations sexuelles retentissent d'une façon fâcheuse sur la muqueuse nasale des femmes atteintes d'une affection de cette membrane.

Tous ces faits cliniques, cités par Mackenzie, montrent une évidente solidarité entre la pituitaire et les organes génitaux. De notre côté, nous avons réuni quelques faits montrant le rôle que prennent les corps caverneux des fosses nasales dans les phénomènes en rapport avec les actes génitaux.

Nous connaissons deux jeunes gens qui, à chaque coït, étaient pris, au début de leur vie génitale, d'épistaxis. Actuellement encore, ces personnes ont de la gêne de la respiration nasale au moment des rapprochements sexuels. Nous avons interrogé beaucoup de personnes au point de vue qui nous intéresse; plusieurs nous ont affirmé que, après une nuit ayant commencé par des excès vénériens, elles se réveillaient la langue sèche, ayant évidemment respiré par la bouche. Un fait bien connu est la respiration haletante, les battements des ailes du nez, le faciès frémissant des gens qui se trouvent, pour nous servir d'une expression un peu réaliste, sous un coup de passion.

Tous ces phénomènes, sur lesquels on nous pardonnera d'insister, malgré leur délicatesse, sont bien en rapport avec une gêne de la respiration nasale, et celle-ci ne peut guère être due qu'à la turgescence des corps caverneux de la pituitaire; ils viennent encore confirmer les données acquises relativement à la dépendance des deux érections nasale et génitale.

Nous voyons donc que, chez l'homme, il y a retentissement de l'érection pénienne sur le tissu érectile de la membrane de Schneider. Chez les animaux, les choses se passent en sens inverse et, c'est sous l'influence d'une excitation olfactive que l'érection du pénis se produit. Il y a donc bien là un cycle constitué, puisque certaines excitations agissant sur l'organe de l'odorat amènent l'érection et que l'érection réagit sur la muqueuse de Schneider.

Si maintenant nous nous demandons pourquoi le fœtus humain à terme présente dans sa pituitaire un tissu érectile moins développé relativement que celui du chat nouveau-né, par exemple, nous en trouvons l'explication dans ce fait que l'odorat a besoin de s'exercer beaucoup plus tôt chez les animaux que chez l'homme et cela parce qu'ils ont à rechercher leurs aliments en s'aidant de ce sens, et aussi parce que chez eux la fonction génitale est beaucoup plus précoce.

De tout ce qui précède, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe sur certains points de la muqueuse pituitaire un tissu érectile dont la nature est démontrée: par son développement aux dépens des capillaires, par sa structure, par son aspect aréolaire, par sa propriété de devenir turgide.

2° Ce tissu est destiné à augmenter la surface de la muqueuse qui doit être en contact avec les particules odorantes; peut-être qu'en faisant saillie dans la narine il va, dans une certaine mesure, au devant de ce contact; son érection augmente la sensibilité des terminaisons nerveuses. Il est le point de départ de certains réflexes et notamment de l'érection, dans bon nombre de cas; d'autre part, l'érection génitale retentit sur lui en le rendant turgide.

Nous reviendrons prochainement sur l'étude du tissu érectile des fosses nasales : nous chercherons à établir le mécanisme par lequel sa turgescence augmente la sensibilité de la membrane de Schneider et nous essaierons de tracer le rôle qu'il joue en pathologie (1).

Isch Wall.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 septembre 1887. — Présidence de M. Hervé-Mangon.

M. Marey continue à appliquer *la photochronographie au problème dynamique du vol des oiseaux*. Les dernières recherches lui ont démontré que, pendant le vol, le centre de gravité du corps ne subit pas un déplacement sensible; on peut considérer la masse de l'oiseau comme suivant une trajectoire rectiligne.

M. Ph. Breton *étudie la mesure des sensations lumineuses en fonction des quantités de lumière*. Il démontre que la loi de Techner, d'après laquelle les sensations des contrastes sont égales si plusieurs éclairages contigus sont en progression géométrique, est inexacte. La courbe figurative des éclairages totaux en fonction des sensations lumineuses est la parabole $H = CS^2$, où S désigne la sensation comptée sur la tangente au sommet de ladite courbe H l'éclairage total compte sur l'axe focal de la courbe, et C un coefficient personnel et momentané. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 septembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Brouardel donne lecture de son rapport sur *l'épidémie de suette miliaire* qui a sévi en 1887 dans le Poitou. La suette apparut le 16 mars. pendant une épidémie de rougeole. dans la commune de Sillardo (Vienne); elle se montra successivement dans les départements de la Vienne. Haute-Vienne, de l'Indre, des Deux-Sèvres. La maladie s'annonce quelquefois par des phénomènes prodromiques d'embarras gastrique. Le plus souvent, elle éclate en pleine santé. Les symptômes de la *première période* sont les sueurs, la fièvre (38° dans les cas bénins; 40° dans les cas graves), un état de faiblesse générale et des phénomènes nerveux (étouffements, constriction, barre épigastrique, palpitations. agitation, délire, crampes, contractures). La langue est saburrale, la constipation ordinaire, les épistaxis

(1) Nous devons signaler à ceux de nos lecteurs que cette question pourrait intéresser la thèse récente soutenue à Lyon en août 1887 : [illegible] (Léon), *Contribution à l'étude du tissu érectile des fosses nasales*; ainsi qu'un passage d'un article tout récent de M. B[illegible], *Le fétichisme dans l'amour* (*Revue philos.*). (Marc B.).

fréquentes et la toux répétée. La *deuxième période* reprend à l'éruption : elle se montre le 4e jour, rarement le 2e ou le 3e, le 5e ou le 6e jour. Elle s'annonce par des démangeaisons, des picotements ; elle se caractérise par la miliaire proprement dite et par un exanthème qui lui sert de substratum. Cet exanthème peut revêtir les formes rubéolique, scarlatineuse, hémorrhagique ou purpurique : il se montre d'abord sur la face, le cou, les membres supérieurs, le tronc, pour envahir ultérieurement les membres inférieurs. Au début, on peut observer un piqueté rouge sur le voile du palais. L'éruption se constitue souvent d'une seule poussée, en 24 ou 48 heures ; quelquefois elle se fait en plusieurs poussées, deux ou trois. Tous les symptômes de la première période s'amendent vite et le pouls se ralentit ; les selles ont la consistance et l'aspect du goudron, ou de la poix et exhalent une odeur infecte. Dans aucun cas, on ne constate de l'albumine dans les urines. Les hémorrhagies nasales, bronchiques, intestinales, peuvent survenir à cette deuxième période. La *troisième période* répond à la desquamation : celle-ci se fait par points isolés, en collerette ou à grands lambeaux. La *convalescence* est lente, incertaine, pénible. Les convalescents sont très anémiques, faibles sur leurs jambes, présentent de l'œdème des membres inférieurs, des tremblements fibrillaires des muscles de la face, de la langue, accusent de l'insomnie, de l'anorexie. Rarement on observe des crises spasmodiques, analogues à celles de l'ataxie locomotrice, ou des troubles mentaux.

La suette miliaire peut encore présenter deux modalités cliniques : l'une est rapidement mortelle, tue en moins de 48 heures ; l'autre est remarquable par son extrême bénignité. Les rechûtes ne sont pas rares dans la suette miliaire. Le pronostic est délicat à établir et doit toujours être réservé : il varie de gravité avec l'âge. Le diagnostic de la suette miliaire semble des plus faciles. Chez quelques adultes, et surtout chez l'immense majorité des enfants, il existe une forme qui affecte avec la rougeole une ressemblance assez grande ; c'est la suette infantile ou suette à forme rubéolique. Dans cette forme, les prodrômes sont voisins de ceux de la rougeole, mais s'accompagnent de phénomènes insolites : les sueurs, les étouffements, les vomissements, les épistaxis ; l'éruption se fait ordinairement le 2e jour, et vers le 4e comme dans la rougeole. Les yeux sont brillants, secs ; le coryza fait défaut ; les joues forment deux placards rouges donnant aux doigts la sensation d'une surface grenue. La figure est moite ou ruisselante de sueur : il en est de même de toute la surface cutanée. L'éruption peut apparaître sur des points espacés du tronc, puis s'étendre en nappe uniforme et devenir de rubéolique scarlatiniforme. Souvent l'éruption est et reste partout d'aspect rubéolique. Quant à la desquamation, elle affecte les formes en collerettes ou à grands lambeaux. M. Brouardel fait de cette affection, non une rougeole anormale, mais une suette miliaire, ayant tous les caractères majeurs de la suette : il base son opinion sur les caractères cliniques et épidémiologiques de cette forme.

L'épidémie de 1887 a-t-elle eu pour origine le réveil, sur plusieurs points à la fois et presque à la même époque, de foyers endémiques toujours mal éteints ; ou bien n'a-t-elle eu qu'une seule et même origine, un seul foyer qui, se réveillant tout à coup, aurait propagé la maladie dans toute la zone atteinte ? on ne saisit aucun lien entre la suette et l'impaludisme : certaines des contrées atteintes par la suette de 1887 sont manifestement paludiques ; d'autres, frappées à un égal degré, sont exemptes absolument de toutes fièvres intermittentes.

L'épidémie de suette miliaire de 1887 a atteint un nombre considérable d'individus : elle en a tué fort peu. Grande intensité, peu de gravité : voilà ses deux caractéristiques. Un fait majeur entre dans cette épidémie, c'est ce nombre véritablement colossal des enfants qui ont été atteints comparé au nombre d'adultes frappés. C'est là où l'épidémie a été générale, a frappé adultes et enfants, qu'elle a eu le plus de gravité ; c'est là où elle a été surtout infantile, qu'elle en a eu le moins. La suette est grave, à un degré variable d'ailleurs (33 à 5 0/0 et moins) chez les adultes ; elle est beaucoup plus bénigne chez les enfants. La suette miliaire est éminemment contagieuse, mais nous ne connaissons pas encore les modes de transmission du contage. L'eau potable paraît hors de cause ; la suette a l'air de se transmettre à la façon de la rougeole et de la scarlatine. Si nous connaissons la durée minima de la période d'incubation, 24 heures, nous ignorons la durée maxima. Le but à atteindre était double : 1° Organiser la désinfection dans les foyers alors en activité, de façon à en diminuer l'intensité ; 2° Empêcher l'épidémie de s'étendre, de gagner les localités indemnes jusque-là ; surveiller, en un mot, étroitement la périphérie et chercher à étouffer le mal sur place là où il venait de naître. Les mesures de désinfection consistaient en : 1° Désinfection à l'acide sulfureux ; 2° Lessive au sulfate de cuivre.

Pour l'application des désinfections dans les campagnes, l'étuve mobile est ce que nous connaissons de plus pratique. Véritablement efficace, la désinfection par l'étuve mobile à vapeur humide sous pression est la seule qui puisse partout et toujours se réaliser.

M. Tholozan lit un travail sur les *localisations de la peste* en Perse, en Russie et en Turquie, de 1856 à 1886.

A. Josias.

REVUE DENTAIRE

I. Manuel d'Anatomie dentaire humaine et comparée; par MM. les Drs Decaudin et Demontporcelet.

Il est banal de dire que l'étude de l'anatomie dentaire est indispensable à qui veut pratiquer la chirurgie dentaire ; et cependant il faut reconnaître que dans nos Traités d'anatomie générale, même les plus complets, on ne trouve que des notions abrégées et certainement insuffisantes, à tous les points de vue, sur des organes d'une importance aussi capitale que les dents. C'est dans les livres épars, la plupart déjà anciens, ou étrangers, dans les monographies, que ceux qui s'intéressent à l'étude de l'art dentaire doivent chercher les connaissances anatomiques et physiologiques qui leur sont nécessaires. Le besoin d'un résumé de toutes ces connaissances se faisait donc vivement sentir et c'est ce que MM. Demontporcelet et Decaudin ont bien compris en publiant leur manuel d'*Anatomie dentaire humaine et comparée.*

L'ambition des auteurs n'a pas été de faire un travail original, mais, comme ils le disent eux-mêmes, de présenter les notions actuelles sous une forme élémentaire et concise. Ils y ont certainement réussi. A ce point de vue et malgré leur aveu, leur livre est original puisqu'il n'existait point sous la forme qu'ils ont su lui donner ; faire un livre d'études complet, utile, qui sera lu par un grand nombre d'élèves et leur donnera la substance des connaissances qu'ils chercheraient vainement de tous côtés, ou plutôt qu'ils négligeraient s'ils n'avaient un livre à leur portée, est à nos yeux aussi méritoire que de rechercher laborieusement un détail d'anatomie cellulaire. Les auteurs, du reste, étaient bien placés pour faire un pareil livre, puisque, professeurs l'un et l'autre d'anatomie dans les écoles dentaires, dont nous ne voulons pas en ce moment discuter le principe, sinon l'utilité, ils avaient déjà, de chaque chapitre de leur ouvrage, fait pour ainsi dire autant de leçons. A leur propos, au moment où les projets d'organisation de l'art dentaire en France, liés d'ailleurs à l'organisation de la médecine, peuvent à chaque moment venir en discussion devant les chambres, il nous sera bien permis de faire une réflexion que nous aurions pu faire depuis longtemps déjà, c'est que tous les travaux importants publiés en France, ceux qui ont un caractère scientifique et ont constitué autant de progrès pour l'art dentaire ont pour auteurs des médecins ; j'entends des médecins ayant fait des études médicales complètes et préparés à des travaux spéciaux par une large instruction générale. Nous sommes loin de nous en étonner, nous sommes même de ceux qui croient qu'il ne peut en être autrement, et nous

sommes convaincus que ceux au contraire qui pensent à réduire l'art dentaire à l'empirisme, en le séparant de la médecine et en en chassant, par la force des choses, les médecins, préparent en France l'irrémédiable décadence d'un art qui a cependant pour le défendre des noms comme ceux des Jourdain, des Fauchard, des Bourdet, des Toirac, pour ne parler que des anciens. Aussi, et c'est là que je voulais en venir, s'il est incontestable que des ouvrages comme ceux des Drs Decaudin et Demontporcelet ont leur utilité propre qu'on ne saurait nier, n'est-il pas à craindre que des élèves, d'une instruction d'ailleurs élémentaire, qui fréquentent les écoles, trouvant si clairement résumées, et en si peu de pages, les notions dont ils ont besoin, ne se figurent que cela peut suffire à leur bagage scientifique et qu'ainsi armés ils peuvent exercer un art aussi complexe que la chirurgie dentaire? c'est d'ailleurs un point que nous ne faisons que toucher, ne voulant pas discuter ici, l'ayant fait ailleurs, une question aussi importante.

Le Manuel d'Anatomie dentaire de MM. Demontporcelet et Decaudin se divise en deux parties distinctes : anatomie dentaire humaine et anatomie comparée ; peut-être pourrions-nous faire observer que, pour un manuel, il n'était pas nécessaire de consacrer presque une moitié du livre à l'anatomie comparée, et eût-il été plus simple d'emprunter à celle-ci quelques points importants, qui eussent naturellement trouvé place dans les différents chapitres. Les auteurs se sont évidemment inspirés du *Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée* de Tomes ; mais il s'agissait là d'un véritable travail original, où l'auteur avait moins l'intention de faire un résumé que de donner le résultat de ses propres recherches. Si nous ne pouvons reprocher aux auteurs d'avoir utilisé celles-ci et adopté le même plan, nous aurions au moins voulu qu'ils fissent, comme leur modèle, précéder la deuxième partie de leur livre, des considérations générales qui donnent tant d'intérêt, en les justifiant, aux chapitres consacrés à l'anatomie comparée.

La première partie du Manuel, qui traite de l'anatomie humaine, nous semble aussi complètement résumée que possible. Les auteurs ont même eu la bonne fortune d'apporter au chapitre du développement des dents le contingent de recherches inédites faites par le Dr Renaut, dont la compétence en histologie est incontestable. En constatant que les auteurs ont donné le résumé des travaux les plus récents, nous les féliciterons de ne pas les avoir tous mentionnés sans réserve et d'avoir gardé une grande impartialité scientifique. En ce qui concerne le périoste alvéolo-dentaire, par exemple, on sait que les travaux récents du Dr Malassez ont complètement changé les notions acquises ; l'existence du périoste, à l'état de membrane, est niée par cet auteur, et cependant, comment expliquer son existence incontestable à l'état pathologique, alors qu'on peut le voir, épaissi, se déchirant sous forme de lanières longitudinales ; l'inflammation est-elle donc susceptible de créer ainsi de toutes pièces une membrane qui n'existerait pas à l'état normal ? Il nous semble que les travaux du Dr Malassez n'ont pas dit le dernier mot sur ce sujet, et cela semble également être l'avis des auteurs.

Pour conclure, nous dirons que le Manuel de MM. Decaudin et Demontporcelet est venu à son heure, qu'il est, pour ainsi dire, le produit d'une situation nouvelle en chirurgie dentaire, et qu'il doit forcément être dans les mains de tous les jeunes gens qui se destinent à la pratique de cet art ; quand nous aurons ajouté qu'il remplit complétement le but qu'il se propose, nous en aurons fait le meilleur éloge.

Dr CRUET.

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE : CONGRÉS DE TOULOUSE. — Nous rappelons à nos lecteurs que le Congrès s'ouvrira jeudi prochain 22 septembre.

INAUGURATION DU NOUVEL HÔPITAL DE VICHY. — Cette inauguration aura lieu le 16 octobre prochain. Les ministres de l'intérieur et du commerce seront invités à y assister.

CORRESPONDANCE

Association médicale mutuelle du département de la Seine.

Paris, le 9 septembre 1887.

A M. le Rédacteur en chef du *Progrès médical.*

Honoré Confrère,

Le *Progrès médical* a bien voulu appeler l'attention de nos confrères sur notre association au moment où, l'année dernière, elle était dans sa période d'organisation. Après avoir fait approuver les statuts par M. le Ministre de l'Intérieur, elle a été fondée le 1er janvier 1887. Depuis ce moment, nous n'avons cessé de recueillir des adhésions : elles sont aujourd'hui, après huit mois seulement, assez nombreuses pour nous mettre à même, le malheur échéant, de servir annuellement l'indemnité quotidienne à l'un des nôtres, devenu tout à fait incapable d'exercer. C'est là une première affirmation de la certitude énoncée par nous dans l'avant-projet. Mais s'il reste encore des doutes sur le bien fondé de nos promesses, je ne saurais trouver pour les dissiper aucun argument plus précis et plus convaincant que l'exemple de l'Association amicale des médecins anglais.

Les calculs qui ont servi de base à nos statuts prévoient que la moitié du produit des cotisations sera absorbée par le service de l'indemnité aux malades, la réserve devant nous permettre non seulement de servir l'indemnité aux vieillards devenus absolument incapables d'exercer, mais encore à constituer un fonds destiné à être alloué, lors du décès d'un des membres, à sa veuve ou à ses enfants, ou à ses ascendants en ligne directe.

Bien que les documents statistiques qui ont servi de point de départ à notre œuvre soient différents de ceux qui ont été consultés par nos voisins d'outre-Manche, l'expérience réalisée par eux depuis quatre ans, démontre qu'ils ont obtenu des résultats au-dessous de nos prévisions. Il résulte en effet du rapport communiqué à l'assemblée générale (4e) tenue à Dublin, le 3 août dernier, sous la présidence du Dr Ernest Hart que l'Association anglaise est en pleine prospérité (1).

Le rapport constate que, depuis la fondation, la caisse d'assurance, en cas de maladie, a payé des indemnités dont le total s'élève à 96.950 fr., et a néanmoins réalisé une réserve de 194.850 fr. Les chiffres de l'exercice 1886-1887 sont les suivants :

A. Mouvement de personnel :

Effectif au 30 juin 1886	676	membres.
Entrés dans l'année	120	—
Sortis dans l'année.	22	—
Effectif au 30 juin 1887	774	—

Augmentation : 98 membres.

B. Recettes.

Produit des cotisations	103.333 fr.
Intérêts des fonds placés.	4.005
Total. . . .	107 338 fr.

C. Indemnités payées aux malades.

Nombre des malades.	92
Nombre des journées de maladie .	3.484
Total des indemnités payées . . .	40.480 fr.

Il résulte de ces chiffres que les moyennes sont les suivantes :

Cotisation annuelle.	134 fr.
Indemnité quotidienne	11 fr. 61

La moyenne des journées de maladie ou risques de morbidité par sociétaire et par an est placée entre 5.15 et 4.50. En effet, suivant que l'on prend pour base du calcul le chiffre de l'effectif au début ou à la fin de l'exercice annuel, on obtient :

3.484 journées : 676 = 5.15.
3.484 journées : 774 = 4.50.

Il est important de faire remarquer combien ces moyennes diffèrent peu de celles de l'année précédente ; en 1885-86, la dépense pour indemnité atteignait 37.7 0/0 de la recette ; en 1886-87 elle s'élève à 38, 1 0/0 ; — dans l'exercice précedent, la morbidité moyenne flottait entre 4.59 et 5.11, journées par sociétaire et par an.

Ces chiffres qui sont ceux d'une expérience de quatre années,

---

(1) Voir le *British medical* du 13 août 1887.

ne nous donnent-ils pas l'éclatante confirmation de nos prévisions? Avec une cotisation annuelle de 120 fr., nous savons que nous aurons à payer pendant les premières années cinq journées de maladie par associé. La réserve, déduction faite des frais de gestion calculés à 5 fr. par associé, s'élèvera donc à 65 fr., et pour subvenir à la dépense causée par un malade absolument infirme, il suffira de 3.650: 65 = 56,15, soit en chiffre rond 57 associés.

Nous avons de beaucoup dépassé ce nombre et c'est afin de l'accroître rapidement et d'étendre à un plus grand nombre l'action utile et véritablement efficace de notre œuvre que je viens vous prier d'insérer cette lettre dans le *Progrès médical.* J'espère que vous accueillerez de nouveau favorablement cette communication à propos d'intérêts professionnels; je la crois digne d'appeler votre attention et celle de vos lecteurs.

Recevez, très honoré confrère, l'assurance de ma respectueuse considération. Dr G. GALLET LAGOGUEY,
Président.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de la myosite infectieuse primitive: Par R. BRUNON, Paris, Steinheil, éditeur, 1887.

On a étudié depuis longtemps les myosites traumatiques et les myosites secondaires consécutives à des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, diphtérie, etc.). Mais aucun travail d'ensemble n'avait été fait sur une classe spéciale de myosite qui se sépare nettement des autres altérations musculaires. M. Brunon avait eu la rare et bonne fortune d'observer pendant son internat deux malades atteints de *myosite primitive, idiopathique, spontanée.* Il en a profité pour rassembler les documents épars dans la science sur cette affection peu connue et pour décrire une myosite ayant ses caractères propres et une évolution particulière. Nous renvoyons au mémoire de l'auteur ceux qui désirent connaître les étapes qu'a parcourues cette question entièrement liée à l'histoire générale des septicémies.

Il faut arriver à l'époque contemporaine pour voir la myosite primitive considérée comme maladie infectieuse. Parmi ceux qui ont puissamment contribué à l'étude de la myosite dite idiopathique ou spontanée, nous devons mettre en première ligne le Pr Hayem-Rœsler, élève de Desprès. Nicaise, Broca, Dalché et notre maître M. Guyot doivent être honorablement cités.

La myosite primitive peut revêtir trois formes cliniques, au point de vue de la gravité de l'affection. Dans la forme maligne, le malade est emporté en quelques jours par des accidents formidables. La guérison est possible quoique rare, dans la forme aiguë, remarquable par l'intensité des symptômes généraux. Enfin dans la forme subaiguë, la réaction est modérée et la terminaison heureuse. Evidemment cette division n'est que schématique et laisse place à tous les cas intermédiaires qui se présentent au lit du malade, mais elle a pour avantage de bien graver dans l'esprit cette vérité, c'est qu'à côté des malades dont l'état général est à peine atteint il en existe d'autres qui sont comme fourragés.

Quoiqu'il en soit, diverses éventualités cliniques peuvent être réalisés. En voici quelques-unes :

Un homme, surmené par des fatigues physiques excessives ou affaibli par une cause quelconque, a un frisson subit. Le thermomètre atteint rapidement 40°. Parfois il y a des nausées et des vomissements. Les phénomènes généraux ne tardent pas à devenir très alarmants et cependant on ne trouve aucune localisation viscérale. Dès le début il existe quelques douleurs rhumatoïdes vagues, mal définies. Et les douleurs musculaires ne sont pas plus prononcées quand arrive la mort, qui du reste survient en quelques jours. C'est la forme maligne.

Dans d'autres cas, les symptomes généraux sont encore très graves dès le début, quoique moins alarmants. La marche plus lente permet de localiser dans un groupe musculaire ou même dans un muscle les douleurs perçues par le patient. Dans d'autres circonstances, ce qui frappe tout d'abord c'est la douleur qui fait croire à un rhumatisme. Dès le premier jour les symptômes généraux apparaissent, mais s'installent presque incidemment et n'attirent guère l'attention qu'après la constatation de la localisation sur un muscle ou même sur une fraction d'un muscle.

Enfin le début de l'affection peut simuler l'ensemble symptomatique d'une hémorrhagie externe peu grave. Pâleur des segments, syncope et au réveil, douleur plus ou moins vive siégeant au niveau d'un muscle.

Nous avons dit que parfois le malade est emporté avant que la localisation musculaire soit tangible et indiscutable. Dans un grand nombre de cas, la douleur peut rester vague, mais s'exagère au moindre mouvement. La palpation permet de reconnaître et de circonscrire l'altération du muscle. La zone musculaire atteinte semble soudée aux parties osseuses, elle est résistante comme du bois.

Il y a souvent de la rougeur, de la chaleur et de la tuméfaction au niveau de ce foyer. Parfois même on observe de l'œdème.

Si ces signes locaux viennent à manquer ou qu'ils soient si peu marqués qu'ils passent inaperçus, le diagnostic flotte hésitant et erroné entre différentes hypothèses.

La maladie confirmée se manifeste par des frissons, une température qui oscille autour de 40°, des vomissements, une courbature générale. La gravité de la situation s'affirme par l'affaissement du malade qui ne répond guère aux questions. Parfois la dyspnée s'ajoute à ce cortège infectieux. L'état typhyque s'aggrave : la langue se sèche, les lèvres, les gencives, les dents, se couvrent de fuliginosités. La diarrhée s'établit et les sueurs abondantes épuisent les forces. Le délire et l'agitation parfois extrêmes surviennent et annoncent la mort, que précède souvent une prostration complète. La terminaison fatale arrive du cinquième au dixième jour en moyenne.

Que devient la myosite? Parfois la consistance ligneuse du muscle n'a pas changé quand la mort arrive. Dans d'autres cas, en trois ou quatre jours, un ou plusieurs abcès se forment. Cette suppuration n'est pas l'indice d'une terminaison toujours fatale.

Le tableau est moins chargé dans un certain nombre d'observations. Les symptômes généraux du début sont moins graves, moins inquiétants, *la température s'abaisse*, l'état général s'améliore. Dans cette occurence, le muscle reste dur. La plaque ligneuse semble se segmenter, et au bout d'un temps variable, l'on ne trouve plus que des noyaux, derniers vestiges d'une induration qui disparait lentement, après plusieurs mois. La convalescence est longue, traînante, et d'autant plus que les phénomènes généraux ont été plus graves.

Le chapitre consacré au diagnostic mérite d'être médité. Voici la liste des affections qui ont donné lieu à des erreurs : le rhumatisme cérébral, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, l'endocardite ulcéreuse. Quand la localisation musculaire était peu ou pas marquée, les cliniciens les plus consommés ont erré entre ces différents états infectieux. Quand, au contraire, le phénomène douleur prédominait, on a presque toujours émis le diagnostic de rhumatisme articulaire, ou musculaire. L'abcès est-il formé, on pense au farcin, à l'ostéo-myélite et à l'infection purulente.

Pour M. Brunon, la cause première de la myosite primitive est une infection générale et l'auteur avance que les conditions du milieu extérieur jouent un rôle prépondérant dans la genèse de l'affection. Parmi les causes occasionnelles, il faut ranger toutes celles qui diminuent la résistance de l'organisme. Signalons en première ligne, et d'une façon toute spéciale, le surmenage qui, en maintes circonstances, a précédé le développement de la maladie. La mauvaise alimentation, la misère, l'alcoolisme, sont des conditions banales d'affaiblissement, et préparent le terrain à l'envahissement et au développement des germes.

L'analyse chimique permet de rattacher la myosite à un état infectieux mal défini encore, mais que l'on peut ranger dans le cadre nosologique, à côté de l'ostéo-myélite et du pseudo-rhumatisme de Quinquaud et de Bouchard. Peut-être même ces trois affections ne sont-elles que des localisations suffisantes d'un seul et même état infectieux, hypothèses dont nous laissons toute la responsabilité à M. Brunon.

Nous n'insisterons pas sur le pathogénie. L'auteur suppose l'organisme envahi par des microbes qui brisent la résistance

des éléments anatomiques affaiblis par des causes diverses. Par suite d'affinités non déterminées, les micro-organismes déterminent aussi la myosite. Cette filiation est celle d'un grand nombre de maladies infectieuses. Mais, pour si probable que soit l'origine bactérienne de la myosite dite prématurée, il faut avouer que la nature microbienne n'est pas absolument démontrée, le Dr Brunon n'a pas été plus heureux que ses devanciers et n'a pas trouvé les micro-organismes de la myosite spontanée.

« Par analyse, on peut admettre jusqu'à nouvel ordre, que très probablement, la myosite primitive est une maladie bactérienne. » C'est ainsi que s'exprime l'auteur qui connaît aussi bien que personne les preuves exigées pour faire entrer définitivement une affection dans le cadre des maladies infectieuses.

Il faudra donc découvrir le micro-organisme, le cultiver, l'inoculer et le retrouver dans l'organisme de l'animal soumis à l'expérience. Ce n'est pas une tâche banale ni facile, elle incombe cependant à M. Brunon qui nous doit la démonstration complète de l'origine microbienne d'une affection qu'il a parfaitement étudiée. R. PICHEVIN,

Arsberättelse fran Sabbatsbergs Sjakhus I Stockholm for 1886. (*Rapport d'exercice de l'hôpital de Sabbatsberg à Stockholm pour l'année* 1886); par le Dr F. W. WARFVINGE. Stockholm, Isaac Marcus; 1887; in 8 de 274 p.

La première partie, consacrée au mouvement de la population, peut se résumer ainsi :

Pendant l'année 1886, la 8e de l'activité de l'hôpital, il a été soigné à Sabbatsberg 3.469 malades, dont 1.790 à la division médicale, 1.142 à la division chirurgicale et 237 à la division gynécologique. De ces malades, 2 448 sont sortis guéris ou améliorés, 206 sans avoir obtenu leur guérison, et 254 sont morts, ce qui donne une mortalité de 8, 11 0/0. Au premier janvier 1887, le nombre des restants était de 263. Le nombre des journées d'entretien a comporté 102.100. La moyenne des frais par jour et par malade s'est élevé à 1 couronne 39 ore (1 fr. 95 c.), dont pour la nourriture 34.7 ore (49 c.) et pour les médicaments 8,7 ore (12 c.). L'*éclairage électrique* établi depuis l'automne de 1884 et comprenant actuellement 228 lampes à incandescence, a continué à offrir des résultats économiques avantageux, en ce que les frais par heure et par lampe n'ont été que de 1,04 ore (environ 1 fr. 05 c.), en 1885 et de 1,01 ore (1 fr. 45) en 1886 y compris les intérêts de l'amortissement (1).

Afin de rendre possible, pendant les mois d'été, une évacuation et un aérage satisfaisant des salles, l'hôpital s'est procuré une infirmerie transportable à cloisons, faciles à enlever, en planches minces et avec 2 salles de malades, chacune pour 13 lits. Les frais de cette construction se sont élevés à environ 3 797 fr. 43 c. Il a été exécuté pendant l'année 785 grandes opérations chirurgicales et 125 à la division gynécologique.

La seconde partie, consacrée à la *clinique*, comprend les articles suivants : *Sur l'opération du calcul vésical*, par le Dr Svensson ; — un cas de rétrécissement de l'aorte avec hypertrophie consécutive du cœur et formation d'un thrombus occlusif dans l'aorte abdominale, par Walis ; — *Cas de myxœdème*, par Warfvinge. Dans ce cas, il s'agit d'un jeune homme chez lequel la maladie débuta à 19 ans. Il fut soumis à un traitement par les *bains chauds* et l'*arsenic* (4 gouttes trois fois par jour de liqueur arsenicale). Le cas, dit l'auteur, présenta une marche très rapide et l'issue fut favorable. A la palpation, on ne put découvrir de trace de la glande thyroïde (2).

Viennent ensuite les mémoires suivants : Des kystomes papillaires et des papillomes des ovaires, par W. Netzel : — Sur les fistules uretéro-génitales, par Josephson ; — *Sur l'exploration des maladies gastriques*, par E. G. Johnson ; — Cas de flux périodique du suc gastrique, par G. D. Wilkens ; — *Sur l'extirpation du tube de Fallope et sur les indications de cette opération*, par Westermark. B.

Contribution à l'étude de la descendance des alcooliques ; par le Dr GRENIER. Th. de Paris, 1887.

Cette thèse, récemment soutenue, n'est en résumé qu'une statistique dont l'intérêt repose sur un grand nombre d'observations (188). C'est une accumulation de faits nouveaux, à l'appui de l'opinion déjà ancienne que l'alcool est une puissante cause de dégénérescence. L'influence morbigène est énorme quand elle s'exerce au moment de la conception, et l'auteur rapporte sept observations dans lesquelles on voit des idiots, des imbéciles, des épileptiques, naître dans ces conditions déterminées. Il analyse ensuite l'état mental des dégénérés, à quelque catégorie qu'ils appartiennent, reproduisant trait pour trait ce qu'en a dit M. Magnan, dont il photographie les idées, d'un bout à l'autre de son travail. Observations en mains, il démontre qu'un grand nombre de ces dégénérés comptent des alcooliques dans leurs antécédents, et que beaucoup d'entre eux-mêmes ne comptent que des alcooliques. Puis, il rappelle que les fils d'alcooliques présentent souvent des accidents convulsifs (convulsions infantiles, épilepsie, hystérie), qu'ils sont plus enclins que tous autres à faire des excès de boissons : fatal cercle vicieux en vertu duquel les alcoolisés dégénèrent, et les dégénérés s'alcoolisent. Enfin, en leur qualité d'êtres inférieurs, ils délirent plus facilement que d'autres. Beaucoup de vésaniques n'ont dans leurs antécédents que des ivrognes. Telles sont les grandes lignes de ce travail. Mais nous ne devons pas nous contenter d'une analyse ; nous devons encore adresser à l'auteur quelques critiques. Pourquoi a-t-il négligé d'indiquer avec plus de précision l'origine d'une partie des documents qu'il emploie. M. Grenier nous en a bien reconnu l'auteur, mais il devait indiquer qu'ils émanaient par notre intermédiaire, du Bureau d'admission de Sainte-Anne, du service de M. Magnan, dont nous étions l'interne. Notre remarque n'est pas superflue, surtout si l'on considère que l'omission que nous avons signalée se complique d'une autre. Bien que l'auteur nous avertisse qu'il ne fera pas l'historique de son sujet, et que d'ailleurs, son travail n'étant qu'une contribution, il décline toute prétention à l'originalité, il aurait au moins dû citer le nom de M. Magnan, à qui il a emprunté si largement. En procédant de cette façon, il n'aurait pas attribué à Morel l'honneur exclusif d'avoir mis en lumière l'état mental des héréditaires, oubliant en cela la part considérable qu'a prise M. Magnan dans la création du groupe des héréditaires dégénérés, consacré maintenant grâce à ses efforts. Les syndromes épisodiques de la folie héréditaire auxquels il fait allusion, devaient être signés du nom de celui qui les a isolés cliniquement. M. Grenier fait encore, sans le citer, d'autres emprunts à M. Magnan, relativement à l'épilepsie absinthique, à l'alcoolisme chronique, bifurquant vers la démence par athérome, et vers la paralysie générale, enfin relativement aux folies intermittentes dont la description clinique, telle que M. Magnan la conçoit, vient à peine d'être éditée sous forme d'ébauche (Leçons de 1886, in *Progrès médical*.) Ces notions n'appartiennent pas encore assez au domaine public pour que la désignation de leur auteur soit chose inutile. Les critiques que nous adressons à M. Grenier sont donc pleinement justifiées, et il est regrettable que des omissions aussi considérables, soient commises surtout dans une thèse inaugurale.

Dr LEGRAIN.

Su di alcune anomalie dell'impulso cardiaco (Sur quelques anomalies du choc cardiaque) ; par le professeur AUGUSTO MURRI (Extrait du *Morgagni*. Naples, Milan, août 1887).

L'auteur rapporte trois observations et en tire les conclusions suivantes : A l'état normal, au moment de la systole, c'est la pointe du cœur qui frappe la paroi thoracique antérieure. Si le ventricule gauche est dilaté, le contact de la pointe avec la paroi est plus étendu. Si le ventricule droit prédomine, le choc de la pointe peut disparaître et le soulèvement de la paroi thoracique peut faire place à un retrait. Un retrait étant constaté, il s'agit de savoir s'il est dû à une symphyse cardiaque ou à une lésion valvulaire. Le roulement thoracique, invoqué par M. Jaccoud, n'aurait pas de valeur pathognomonique d'après l'auteur italien ; il pourrait s'observer dans les cas de simple dilatation cardiaque sans adhérences du péricarde. Au contraire l'immobilité absolue de la pointe du cœur, dans les changements de position du malade, indiquerait la symphyse cardiaque. Si le cœur est dilaté et libre d'adhérences, comme dans les lésions valvulaires, la mobilité de sa pointe est encore

(1) Il est du devoir de l'Assistance publique d'étudier l'application aux hopitaux de l'*éclairage électrique*.

(2) Voir sur cette question : Bourneville et Bricon. — De l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique (idiotie crétinoïde) dans les *Archives de Neurologie* 1886 et le *Compte rendu de Bicêtre* pour 1886, pages 1 à 101.

plus appréciable qu'à l'état normal, le cœur suivant les lois de la pesanteur avec d'autant plus de facilité qu'il est devenu plus lourd. Nous laissons à l'auteur la responsabilité de sa théorie.

Trois cents cas de Cestoïdes chez l'homme en Danemark; par Krabbe (*Nordiskt medicinskt Archiv*, 1887).

Krabbe vient de publier un article dans lequel il rend compte des diverses espèces de Cestoïdes qu'il a observés en Danemark. Sur 300 cas environ, il a vu 183 *T. saginata*, 74 *Tænia solium*, 9 *T. cucumerina* et 25 *Bothriocephalus latus*. Insistons seulement sur la diminution de fréquence du *T. solium*, et sur la fréquence relative du *T. cucumerina* chez l'homme, fait intéressant à noter. Marc. B.

VARIA

Technique dentaire. — Traitement de la carie (*Fin*).

Voici en quoi consiste la méthode. Elle peut, au premier abord, paraître compliquée, mais en résumé rien de plus simple et surtout rien de plus pratique.

Tout le monde médical connait la feuille de caoutchouc que les dermatologistes emploient pour envelopper les membres dans certaines affections cutanées; c'est dans cette feuille de caoutchouc qu'on taillera un morceau de 15 à 20 centimètres carrés. Ceci fait, avec un emporte-pièce de 0,001 à 0,0015, on pratiquera autant de trous qu'il le faudra pour isoler *la* ou *les dents* à traiter. S'agit-il des dents antérieures, par exemple, d'une incisive latérale face distale, c'est-à-dire contigue à la canine, on fera trois trous sur un des côtés de la feuille de caoutchouc à 5 cent. du bord et sur une ligne légèrement courbe. Les trous seront distants l'un de l'autre de deux à trois millimètres. L'on fera passer les trois dents *incisive centrale*, *latérale* et *canine* par ces trous. Pour faire rester le caoutchouc en place, on fera une ligature au collet de chacune des dents. L'on prend pour cela un fil de soie floche, ciré ou mieux savonné, pour qu'il glisse mieux entre les dents, on le plie en deux, on saisit les chefs d'une main, et l'on introduit les brins entre deux dents, de telle sorte que l'anse se trouve du côté postérieur ou buccal de la dent à ligaturer. On glisse avec un instrument le fil sous la gencive, et l'on fait un nœud sur la face antérieure de la dent à son collet en croisant les deux chefs, comme s'il s'agissait de lier une artère. Les dents se trouveront ainsi parfaitement isolées, et, à l'abri de l'humidité. Il n'y aura plus qu'à fixer les deux coins supérieurs de la *Digue* (ainsi s'appelle cet appareil) autour de la tête du patient, afin que la lumière puisse arriver sur les dents directement. Pour cela un petit appareil très simple existe. Il est composé de deux plaques de métal présentant un renflement à leurs extrémités. Ces plaques sont réunies par une bande élastique. Pour fixer le caoutchouc dessus, on étire celui-ci par les deux bouts d'un côté, on appuie fortement l'une des plaques dessus, on lâche ensuite le caoutchouc qui, grâce à son élasticité, se trouve maintenu par les deux renflements de la plaque qu'il recouvre — on en fait autant pour l'autre côté. — On serre ensuite la bande élastique d'union des deux plaques, et la *Digue* se trouve ainsi maintenue à plat sur la face du patient laissant toute liberté à l'opérateur.

S'agit-il de molaires inférieures ou supérieures, le manuel change, mais n'est pas plus compliqué. Il faut un petit outillage en plus qui se compose :

1° D'un ressort curviligne en acier, rejoignant deux branches horizontales, plus ou moins arquées dans leur longueur, destinées à embrasser la couronne d'une dent.

2° D'une *pince-écarteur* pour porter le ressort (*clamp*, ainsi le nomme-t-on) sur la dent à traiter. Avec cette pince, on distend le ressort de telle sorte qu'on écarte les branches horizontales assez pour les glisser de chaque côté de la couronne jusqu'au collet de la dent.

Ces *clamps* sont de formes variées. Parmi la quantité, deux suffisent pour mener à bien toute opération. Un des clamps est destiné aux molaires et l'autre aux prémolaires.

La deuxième molaire inférieure est-elle cariée, du côté gauche, par exemple, on place le clamp sur la dent. Le clamp en place et bien assujetti au collet, on prend la feuille de caoutchouc dans laquelle on a préalablement percé un trou suffisant, puis, avec les deux mains et les deux index distendant la feuille et élargissant le trou par suite, on la porte en la bouche au-dessus du clamp qu'on fait passer par le trou. On tire ensuite en avant jusqu'à ce que la feuille soit placée sous les branches horizontales du clamp, de telle sorte que la dent soit *absolument* isolée. Les quatre chefs de la feuille restent dehors, et il n'y a plus qu'à fixer autour de la tête avec le *porte-digue*. Il arrive que le caoutchouc se relève en avant de la dent et que la salive peut filtrer pendant l'opération. Pour éviter cela, on passe entre la dent malade et l'autre un fil de soie qui fasse descendre le caoutchouc entre elles et le maintienne en cette position. De cette façon, le caoutchouc enserre la dent si exactement qu'aucune infiltration ne peut se faire. Cette méthode est surtout précieuse pour les caries du collet, caries au coup d'ongle. Les clamps choisis pour cela ont leurs branches horizontales arquées de telle manière qu'elles peuvent descendre au-dessous du collet et permettre à l'opérateur de travailler à sec, la *digue* une fois en place.

Si l'on n'a point d'emporte-pièce, il est facile de faire des trous dans la *digue* par un procédé très simple. La place où l'on doit faire des trous une fois choisie, on prend un manche d'excavateur, sur lequel on tend le caoutchouc jusqu'à ce qu'il soit translucide, puis d'un coup sec avec l'ongle du pouce, l'on enlève une lamelle de caoutchouc qui laisse un trou parfaitement rond. L'on en fait ainsi tout ce qu'il est nécessaire.

Il y a quelquefois des cas, où le *clamp* ne doit pas être appliqué sur la dent malade. Ainsi, chaque fois qu'une dent est atteinte par sa face distale ou postérieure, il faudra mettre le clamp, sur la dent en arrière, sans quoi la carie serait inabordable, puis passer le caoutchouc d'abord par-dessus le clamp, isoler la dent qui le supporte, puis la malade et la ou les suivantes si cela est nécessaire, au moyen des ligatures dont nous avons parlé.

S'agit-il par exemple encore, d'une deuxième prémolaire, haut ou bas, qui soit atteinte par sa face distale, et qu'un vide entre elle et la deuxième molaire exitât par suite de l'extraction ancienne de la première molaire; il faudra mettre le clamp sur la deuxième molaire. On fera dans le caoutchouc des trous suffisants, et dont deux seront séparés par un espace égal à celui qui sépare la prémolaire de la molaire. La digue une fois mise en place, la prémolaire se trouve parfaitement isolée, et l'opérateur n'est nullement gêné dans ses mouvements.

La digue une fois mise, il s'agit de préparer une cavité telle, que la substance obturatrice y introduite, ne puisse rien échapper, et soit adhérente à ce point aux parois de la cavité; qu'aucun liquide ne vienne à pénétrer entre la dentine normale et le bloc obturateur. Comme il a été dit plus haut, les caries affectent toujours un fond de calotte sphérique. Si l'on introduisait, après nettoyage, une substance quelconque dans cette cavité, l'on aurait une obturation défectueuse, car les ciments minéraux, quels qu'ils soient, ont toujours un retrait au bout d'un certain temps. Comme ils n'ont pu être tassés d'une façon méthodique dans une cavité qui ne leur offre aucun point de rétention, il arrive par suite qu'un espace se forme entre les parois de la cavité et l'obturation. Les liquides buccaux pénètrent dans cet espace, la dentine finit par se ramollir et l'obturation n'étant plus maintenue, se mobilise d'abord et tombe ensuite. C'est précisément le défaut de méthode dans la formation d'une cavité, et l'obturation faite, au *petit bonheur*, qui a fait dire aux gens à qui ce traitement n'avait pas réussi, que cela ne servait à rien de *plomber* les dents (sic) puisque le *plomb*, fût-ce même de l'or, tombait presque tout de suite, ou durait trois mois au plus.

Il y a des personnes qui se contentaient cependant de cette obturation quelque peu temporaire.

Il faut faire bien, afin que le malade perde la mauvaise habitude de se faire extraire les dents, et que le médecin soit satisfait de son travail. La réussite finira par lui faire prendre goût à cette chirurgie spéciale, et la profession de dentiste, exercée par les membres du corps médical, reprendra son ancien rang pour son plus grand bien et pour le plus grand profit de l'humanité.

Pour préparer une cavité cariée d'une façon méthodique,

faut-il au moins savoir quelle doit être la forme typique de cette cavité, et connaître les instruments propres à la tailler. On trouve dans les auteurs, qu'il faut, pour qu'une substance obturatrice soit maintenue en place dans un trou de carie, faire des points de rétention. Les points de rétontion se font, ou en perçant de petits trous dans la dentine, avec un foret, ou en traçant des sillons avec un excavateur sur cette même dentine. Le forage n'est pas toujours sans inconvénients, car on peut atteindre une des cornes de la pulpe, et compliquer sa situation; d'un autre côté, les sillons faits sur la dentine sont si peu profonds, qu'ils offrent peu d'appui au bloc obturateur même plastique.

Règle générale. — Une cavité doit toujours avoir le fond ou base, plus large que son orifice. Aucune des parois ne doit être courbe, elles doivent au contraire être planes et à angle aigu, de telle sorte que si on les prolongeait, on aurait avec le fond de la cavité une pyramide à 4, 6, 8 pans, suivant la quantité des faces, qu'on a été obligé de tailler.

Quand il est dit à angle aigu, il ne se faut point figurer que l'acuité doive être très accentuée, il faut qu'elle soit parfaitement marquée, cela est suffisant. Les angles ainsi produits par l'intersection des plans entre eux, suffiront pour maintenir solidement une obturation quelle qu'elle soit.

Maintenant qu'il est su qu'une cavité doit avoir une forme unique, et qu'il se faut garder d'oublier, de ramener à une seule et même cavité, quand cela est possible, plusieurs points de carie présents sur le même organe, il est bon de passer au manuel opératoire des principaux cas, et d'en donner une description ainsi que des instruments qui conviennent pour ce travail.

Il est préférable de commencer par les instruments.

Les instruments en usage pour préparer ce genre de cavités, sont de véritables *ciseaux* en acier, rappelant à quelque chose près, ceux des sculpteurs, et des ouvriers en bois. Le manche est fusiforme taillé à pans, et la partie active est tantôt droite, tantôt courbe, ou à angle droit sur le manche. La longueur totale de l'instrument est de 18 centimètres environ. Le biseau du tranchant, au lieu d'être sur un plan droit, est sur un plan incliné. Il y a un côté droit et un côté gauche. On les fait de six dimensions différentes, mais les numéros les plus petits et les moyens sont parfaitement suffisants et sont les plus usuels et aussi los plus pratiques, car les caries au second degré ordinairement n'offrent pas de larges surfaces. Pour s'en servir, on les doit tenir comme une plume à écrire. De cette façon l'instrument est parfaitement guidé, et ne court pas le risque d'échapper de la main de l'opérateur.

Préparation des Cavités. — La tête du patient étant en place, renversée un peu en arrière, car c'est d'une incisive cariée sur sa partie latérale dont il s'agit, l'opérateur, après avoir examiné avec la sondo et à l'aide du miroir, l'état de la carie, reconnait que la paroi antérieure est saine et résistante, que la paroi postérieure est atteinte, et qu'elle peut céder sous un léger effort. Il se décide alors à la sacrifier, afin que son obturation ne soit pas appuyée sur une base défectueuse. — Pour ce faire, il attaque franchement la paroi avec un ciseau d'abord puis avec celui qui fait la paire avec le premier, de telle sorte, que l'angle du tranchant du biseau de l'instrument suive une ligne A B pour la partie voisine du collet et uno ligne C D pour la partie incisive de la dent. Il taille ainsi la dentine avariée, entame la dentine saine, jusqu'à ce que la paroi soit nette. Il lui reste encore trois parois à préparer. Il le fera facilement avec les mêmes ciseaux, ou des ciseaux courbes, suivant la position, en suivant les mêmes lignes pour les parois latérales, en ayant soin que l'angle du tranchant du biseau prenne pour directrice la paroi déjà faite. Ces trois parois prêtes, la quatrième se fera dans les mêmes conditions, en suivant une ligne E F avec un ciseau en descendant, et la ligne F E avec une autre en montant.

L'opérateur aura alors une cavité à plans inclinés interceptant des angles aigus, suffisants pour retenir les matières plastiques qu'il y introduira.

Si la paroi antérieure de la cavité est défectueuse, la préparation se fera en sens inverso sans plus de difficulté.

Les caries du collet, suivant qu'elles offrent une plus ou moins grande étendue, et qu'elles se trouvent sur des molaires ou des dents à racines uniques, peuvent être préparées de deux façons. On taille des cavités, soit à trois, soit à quatre côtés. Que les côtés soient inégaux, peu importe, s'ils remplissent les conditions voulues.

L'opérateur commence avec les ciseaux, à tracer sa figure géométrique de cavité, en enlevant la dentine avariée, et en disposant ses angles; pour cela il agit perpendiculairement sur la dent. Ceci fait, il attaque un côté, puis l'autre, avec des ciseaux différents, en ayant soin que les angles du biseau, se trouvent dans les angles de la cavité qu'il prépare, toujours dans le sens perpendiculaire. Les angles des parois latérales, et les parois, elles-mêmes, ainsi déterminés, il lui restera à finir la *paroi base*, ce qu'il fera, en raclant à plat, la dentine dans le fond de la cavité cariée, avec un ciseau côté droit, et côté gauche ensuite, en longeant les parois latérales avec l'angle du biseau, jusqu'à ce que les angles formés par la plan base, et les plans côtés, fussent aigus et que le fond de la cavité soit unie.

La prémolaire est considérée comme isolée du côté carié par l'absence des dents voisines, sans cela, la cavité ne pourrait revêtir cette forme.

Lorsque l'on a à préparer des cavités cariées situées entre les prémolaires ou les molaires, il faut se guider sur la position de la carie, et voir si elle est plus abordable du côté de la face triturante, ou bien, des côtés vestibulaire, ou buccal.

Dans les trois cas, il est nécessaire d'écarter les dents afin d'avoir un espace suffisant pour la manœuvre des instruments. On peut procéder à cetto opération, soit *de suite* en enfonçant un *coin* de bois dur entre les dents au niveau du collet de celles-ci, soit, si le patient peut attendre un jour ou deux, en introduisant entre les dents et au collet, un tampon de coton que l'on comprime fortement. On peut aussi introduire entre la dent saine et la dent malade, une lamelle de caoutchouc, sur laquelle on tire pour la faire passer dans l'interstice, et qu'on lâche ensuite. Ce procédé est assez douloureux et occasionne de la périostite assez forte pour empêcher le patient de dormir.

Lorsque la carie est visible par suite de l'écartement des dents, on s'assure, avec une sonde, de la profondeur, et de l'étendue. Il peut se faire que la carie ait gagné du côté de la face triturante et que la cavité n'en soit séparée que par une légère couche de dentine ramollie, alors il est facile avec un ciseau, de faire sauter l'émail et la dentine correspondante. On a alors une ouverture, qui permet de travailler à souhait. Au lieu de se servir pour préparer les parois latérales, c'est-à-dire celles qui partent du collet pour aboutir à la face triturante, des ciseaux droits et courbes, on se sert de ciseaux à angle droit, en ayant soin d'aller de haut en bas pour les dents supérieures, et de bas en haut pour les inférieures. Si l'on se servait de ciseaux droits ou courbes pour cette opération, on serait obligé de tailler inversement de ce qu'il vient d'être dit, et le plan base, sur lequel viendraient aboutir les efforts du ciseau, courrait le risque d'être défoncé en des endroits où la pulpe dentaire est voisine.

Il faudra avant tout, tracer et finir le plan base, avant de commencer les parois latérales. Le plan base sera taillé avec des ciseaux droits. L'angle aigu du biseau toujours du côté interne de la cavité.

Dans le cas où la carie a gagné soit du côté buccal, soit du côté vestibulaire, le tissu dentaire, c'est à angle droit sur la dent qu'il faudra opérer. Avec les ciseaux droits ou courbes, côté gauche et côté droit, on taillera dans le sens externe-interne ou vice versa; puis, cette paroi achevée, on fera celle qui servira de plan base, et contre laquelle venaient se heurter les ciseaux, c'est-à-dire celle qui a pour muraille le côté de dentine resté sain On terminera ensuite par les parois latérales.

Quelquefois, deux caries se manifestent sur une même dent. L'une se trouve sur la face triturante, l'autre sur la face contiguë voisine, séparées par un septum de dentine et d'émail facile à réséquer. Dans ces cas, au lieu de faire un traitement à part, il est préférable de réunir les deux cavités en une seule, par les mêmes procédés de taille.

Lorsque l'on a à préparer des cavités cariées sur les surfaces triturantes des molaires, il faut s'assurer avec une sonde, si les sillons et points noirâtres, sont perméables, s'ils le sont, il

faut avec un ciseau droit, tailler l'émail et la dentine atteints en s'inspirant de la forme de la surface pour tracer la cavité. Dans le cas présent, il faudra tailler les parois latérales d'abord, comme il a été dit pour les caries du collet, et terminer par la paroi base. Ces cavités, sont, ordinairement les plus simples à préparer. et celles dans lesquelles on court le moins de risque d'entamer une partie quelconque de la pulpe, ou sinon, de lui causer une irritation quelconque, à moins que la carie ne soit trop profonde, et qu'on ait affaire à des dents d'enfants ou de jeunes gens. Jusqu'à la vingtième année, en effet, la cavité pulpaire très large n'est protégée que par une dentine dont la densité est faible, et qui transmet très rapidement à l'organe central toutes les impressions du dehors. GUILLOT.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

13 *septembre* 1656. — Monsieur Bourgeois maistre de l'Hotel Dieu au spirituel est venu au Bureau accompagné de la mère Prieure qui a présenté au Bureau pour estre religieuse de l'Hostel Dieu Françoise Cadot, fille de Martin Cadot, substitut du Procureur du Roy en l'élection de Vendome, et Françoise Gain, ses père et mère, agée de vingt un an et demy (suivant qu'il est aparu par son extrait baptistaire leu au Bureau) et accompagnée de sa tante et d'une dame de sa connoissance. Surquoy la Compagnie ayant demandé si le Père ou la mère de la fille estoient vivans a esté repondu que non et quelle a un tuteur, son oncle, chanoine à Amboise. La Compagnie ayant demandé si c'estoit du consentement du tuteur que cette fille entroit à l'Hostel Dieu, on a respondu que le tuteur y a donné son consentement par plusieurs lettres qui sont entre les mains de messieurs les Directeurs spirituels et de la mère Prieure *qu'on ne les a pas aporté, ne pensant pas qu'il en feust besoin. A quoy a esté repliqué que des missives ne sont pas sufisantes pouvant être suposées, et qu'il faut des actes plus autentiques et en bonne forme.* Surquoy ayant fait retirer ladite fille et celles qui l'assistoient, l'afaire mise en délibération en présence dudit sieur Bourgeois et de la mère Prieure. La Compagnie a aresté que ladite fille sera receue présentement sans tirer à conséquence à la charge qu'on représentera au premier jour au Bureau les missives qui contiennent le consentement de son tuteur.

Reglement. — Et que d'ores en avant, ne sera receu aucune fille pour estre religieuse audit Hostel Dieu sans le consentement de ses Père et mère, et si elle est mineure, sans le consentement de son tuteur donné en personne ou par escrit par pièces valables et authentiques. Ce fait ladite fille estant rentrée avec ses assistantes, Monsieur Cramoisy luy a demandé si elle est bien consentante d'estre Religieuse audit Hostel Dieu, à quoy ayant respondu qu'elle le souhoitoit et demandoit, ledit sieur Cramoisy luy a dit que la Compagnie a trouvé bon qu'elle soit receue religieuse et en suite luy a fait entendre la Charité qu'elle doit avoir au soulagement des malades, la souzmission et obéissance à ses supérieurs et l'obligation d'aller servir les malades de contagion aux hospitaux de St Louis et de Ste Anne quand elle y sera envoyée, ce qu'elle a promis de faire. (*Reg.* 23, p. 297 (verso) et 298.)

27 *octobre* 1656. — *Recrutement des Religieuses.* — Monsieur Bourgeois et la mère Prieure sont venus au Bureau et ont présenté à la Compagnie pour religieuses audit Hostel Dieu Magdelaine Puthomme, aagée de 22 ans, Marie Doyen, fille de Marin Doyen, marchand drapier à Paris, et Marie Huart *aagée de seize ans et demy*, et Veronique Belanger, fille de René Belanger, bourgeois de Paris et Veronique Noël, aagée de dix huit ans, suivant les extraits baptistaires desdites filles, qui ont esté représenteez, lesdites filles assistées, scavoir ladite Belanger de son père et les deux autres de leurs parens. Sur quoy monsieur le Febvre ayant demandé si lesdites Doyen et Puthomme avoient leurs pères et meres, ladite mère Prieure a respondu que ladite Doyen a son père, *qui n'a pu venir pour quelque afaire qui luy est survenue* et l'autre a un tuteur et un subrogé tuteur, *que le tuteur est aux champs fort aagé et incommodé* et le subroge tuteur est *empesché à quelque afaire.* Surquoy, l'un de messieurs a remarqué que lorsque l'on présenta au Bureau la derniere fille religieuse, il se forma une pareille dificulté qu'a présent ne paroissant point le consentement du tuteur de la fille qu'on presentoit, que la mere Prieure avoit promis de le faire voir, *qu'elle n'y a point satisfait,* que si ces filles cy sont receus sur la simple promesse de faire voir le consentement de leur père ou tuteur on ne le raportera pas plustost que celuy de la fille dernière receue. L'afaire mise en deliberation en la présence de la mère Prieure et de la religieuse, la Compagnie a aresté pour cette fois seulement et sans tirer à conséquence que lesdites filles seront receues présentement à la charge que le père de ladite Doyen et le tuteur de ladite Puthomme ou a son defaut son subrogé tuteur viendront au premier jour au Bureau y donner et signer leur consentement pour la reception desdites filles. *Et que d'ores en avant ne sera receu par la Compagnie aucune fille pour religieuse audit Hostel Dieu que ce ne soit en présence de leurs pères, mères ou tuteurs ou de personnes fondées d'eux de procuration qui signeront sur la minute du registre du Bureau leur consentement pour la réception de ladite fille, au cas que la fille ait esté receue en leur absence.* Ce fait, lesdites filles sont rentrées assistées comme dessus de Monsieur Le Febvre leur a dit que la Compagnie les reçoit pour religieuses audit Hostel Dieu aux conditions cy dessus leur a remonstré le devoir de leur charge, la charité envers les pauvres malades, **l'obéissance envers leurs supérieurs spirituels et temporels** et l'obligation de servir les pauvres malades de contagion aux hospitaux de Saint Louis et Sainte Anne quand elles y seront envoyées, ce qu'elles ont toutes promis et a ledit Boulanger signé et depuis ledit Doyen est venu au Bureau qui a pareillement donné son consentement et a signé. (*Reg.* 23, p. 313 et verso.)

13 *décembre* 1656. — *Religieuse, argent pour réception.* — Monsieur Perrichon a dit avoir parlé au père d'une Religieuse novice qui est morte à l'Hostel Dieu et qu'il prie la Compagnie de luy faire rendre une partie de la somme de *six cents livres qu'il a baillé pour la reception* de sa fille. Surquoy la Compagnie a prié messieurs Perrichon et Le Conte d'en parler à la mère Prieure et en faire leur raport au Bureau. (*Reg.* 23, p. 332 verso et 333.)

15 *décembre* 1656. — *Religieuse, argent, réception.* — Monsieur Perrichon a dit avoir apris que le père de la religieuse novice, morte à l'Hostel Dieu, dont il fut parlé au Bureau le dernier *jour a receu cinquante escus* qui luy ont esté rendus par la mère Prieure des six cents cinquante livres qu'il avoit baillé avec un cofre et quelques hardes pour la reception de sa fille, et monsieur Le Conte a dit *que ladite mère Prieure l'a asseuré n'avoir receu que cent escus* pour les habits de la fille et autres cent escus que le père avoit baillé volontairement et quelle luy feroit parler dimanche ledit père pour en aprendre la vérité par sa bouche. Surquoy la Compagnie a remis à délibérer au premier jour. (*Reg.* 23, p 336.)

20 *décembre* 1656. — *Relligieuse, argent pour Reception.* — Monsieur Le Conte a dit qu'on luy a raporté que pendant qu'il estoit absent de l'Hostel Dieu, le père de la religieuse novice morte audit Hostel Dieu y avoit esté amené pour luy parler et *qu'il n'est point revenu comme on luy avoit promis.* Surquoy la Compagnie aiant jugé l'importance de cette afaire a aresté qu'il en sera comuniqué à messieurs les Directeurs spirituels et messieurs du Bureau ont esté priez d'en dresser des memoires chacun en particulier. (*Reg.* 23, p. 339.)

La suite n'existe plus, mais cette affaire va amener une série de règlements. A. ROUSSELET.

Des étuves mobiles pour la désinfection à l'aide de la vapeur sous pression.

On sait que lors d'épidémies il est relativement aisé de faire pratiquer la désinfection des locaux où ont séjourné des personnes atteintes d'une affection contagieuse. Par contre désinfecter les divers objets de literie, matelas, draps, etc., n'est pas chose facile à obtenir surtout dans les campagnes. Pour remédier à cet inconvénient, on a utilisé, dans la dernière épidémie de suette miliaire qui a sévi dans le Poitou, des étuves mobiles qu'il était possible de transporter sur les lieux infestés. Le matériel se compose de deux chariots : l'un contient l'étuve à désinfection ; l'autre est une locomobile qui doit fournir la vapeur sous pression. L'étuve fonctionne comme dans les appareils à poste fixe. Il était à prévoir que l'expérience serait couronnée de succès en ce qui concerne l'installation matérielle, car le fait d'être mobile ne rendait pas l'étuve beaucoup plus délicate à manier ; on était moins rassuré sur la réception que feraient les paysans à ce nouvel instrument de torture pour leur literie. Il parait que l'accueil qu'ils lui ont fait a été bon et même flatteur. Qui l'aurait cru, surtout dans ces régions. On nous permettra d'en bien augurer ; décidément l'hygiène gagne chaque jour des adeptes... même à la campagne (1). M. B.

Association française pour l'avancement des Sciences.

INFORMATIONS ET DOCUMENTS DIVERS CONCERNANT LE XVI[e] CONGRÈS QUI SE RÉUNIRA A TOULOUSE DU 22 AU 29 SEPTEMBRE 1887.

Programme de la seizième session. — Elle se composera : 1° D'une séance d'ouverture ; 2° de séances de sections et de

(1) Voir à ce propos la communication faite cette semaine par M. Brouardel à l'Académie de Médecine, p. 217.

groupes ; 3° de conférences publiques ; 4° de séances générales ; 5° de visites scientifiques et industrielles ; 6° d'excursions. Les travaux du Congrès seront distribués conformément au programme général suivant : Jeudi 22 septembre, à 2 h. 1/2, séance d'ouverture ; le soir, réception à l'Hôtel-de-Ville. — Vendredi 23 septembre, le matin, séance de sections ; après-midi, visites scientifiques et industrielles ; le soir, conférence. — Samedi 24 septembre, le matin, séances de sections ; après-midi, séance générale. — Dimanche 25 septembre, excursion générale (voir plus loin le détail des programmes). — Lundi 26 septembre, le matin, séances de sections ; après-midi, visites scientifiques et industrielles. — Mardi 27 septembre, excursion générale. — Mercredi 28 septembre, le matin, séances de sections ; le soir, conférence. — Jeudi 29 septembre, le matin, séances de sections ; après-midi, séance de clôture. — Vendredi 30 septembre et jours suivants, excursions finales.

Chemins de fer. — Sur la demande qui en a été faite par le Bureau, la plupart des Compagnies de chemins de fer ont bien voulu accorder aux membres de l'*Association française*, se rendant au Congrès de Toulouse, une réduction de moitié sur le prix des places, sous la réserve que les membres qui profiteront de cette faveur *ne pourront s'arrêter en route et suivront le même itinéraire à l'aller et au retour.* La plupart des Compagnies ont décidé que les voyageurs se rendant au Congrès paieront place entière à l'aller, mais qu'un billet gratuit leur sera donné pour le retour à la station de départ. Les billets à prix réduits délivrés par les Compagnies de chemins de fer sont valables dans les limites et avec les restrictions suivantes : Les dates entre lesquelles des billets à prix réduits pourront être délivrés sont : Pour l'aller : Est, du 20 au 28 septembre ; Etat, du 19 au 28 septembre ; Midi, du 20 au 28 septembre ; Nord, du 18 au 28 septembre ; Orléans, du 16 au 30 septembre ; Ouest, du 16 au 28 septembre ; P.-L.-M., du 19 au 29 septembre — Pour le retour : Est, du 23 septembre au 5 octobre ; Etat, du 28 septembre au 9 octobre ; Midi, du 23 septembre au 5 octobre ; Nord, du 23 septembre au 8 octobre ; Orléans, du 22 septembre au 10 octobre ; Ouest, du 23 septembre au 10 octobre ; P.-L.-M., du 23 septembre au 5 octobre. La Compagnie P.-L.-M. exclut les voyageurs à prix réduit de tous les trains rapides. — NOTA. Les membres de l'Association qui auront, pour venir au Congrès de Toulouse, à emprunter des lignes d'intérêt local, sont priés instamment de faire leur demande sans retard, l'obtention des billets de ces lignes exigeant des formalités spéciales et longues.

Excursions générales. — Les deux excursions générales suivantes auront lieu, pendant la durée du Congrès, les 25 et 27 septembre : Prise d'eau du Canal du Midi, Saint-Féréol, Lampy, Carcassonne, Carmaux (mines, verrerie), Albi, Saut du Tarn et Saint-Juery. De plus, une excursion finale est organisée dans les Pyrénées. Elle aura une durée de trois jours et comprendra : Saint Bertrand de Comminges, Valcabrère, Mauléon-Barousse, Siradan-Sainte-Marie, Saléchan, Luchon, la Vallée du Lys, le Portillon, Lez, Bozost, Saint-Béat. Une excursion complémentaire de trois jours est également préparée, faisant suite à la précédente. Elle comprendra : Arreau, Bagnères-de-Bigorre, le Pic du Midi, Barèges, Luz, Saint-Sauveur, Gavarnie, Pierrefitte-Nestallas. Ces programmes sommaires pourront être modifiés avant l'ouverture de la session, s'il est jugé nécessaire. Le prix de chaque excursion sera fixé sur les programmes délivrés pendant la session : il ne pourra être fait de réduction pour quelque cause que ce soit.

Congrès néerlandais de Sciences naturelles et médicales.

En Hollande va s'ouvrir cette année le premier Congrès néerlandais de sciences naturelles et médicales. En voici le règlement : 1. Le premier congrès se tiendra à Amsterdam le 30 septembre et le 1er octobre 1887. — 2. Le congrès a un caractère exclusivement scientifique. — 3. Il se composera de membres et d'adhérents. Quiconque possède un titre scientifique peut devenir membre, moyennant une cotisation annuelle de 3 florins. Est considéré comme titre scientifique le fait d'être membre d'une société scientifique, ainsi que le diplôme d'enseignement moyen. Quiconque s'intéresse aux sciences naturelles et médicales peut devenir adhérent au congrès en payant la cotisation de l'année courante. — 4. Chaque membre a droit à un exemplaire des *Annales*, qui seront publiées dans le plus bref délai possible. Les adhérents peuvent acquérir le même droit en payant la moitié du prix de librairie des *Annales*. — 5. Le premier congrès se réunira deux fois par jour : le vendredi 30 septembre à 10 heures, en séance générale d'ouverture ; le même jour, de 1 à 4 heures en section ; le samedi 1er octobre, de 10 heures à 1 heure, en section ; et, le même jour, à 2 heures 1/2, en seconde séance générale, séance de clôture. — 6. Le nombre des sections est provisoirement fixé à 4 : la première section, de sciences physiques et chimiques (président : le professeur Van de Sande-Bakhuyzen) ; la seconde section, d'histoire naturelle et de biologie (président : le professeur Th. W. Engelmann) ; la troisième section, de sciences médicales (président : le professeur Donders) la quatrième section, de géologie et de géographie physique (présidents, les professeurs Martin et Kan). — 7. Le comité de chaque section, composé d'un président, d'un vice-président et de deux secrétaires, peut, s'il le juge utile, former des subdivisions de section, dès la première réunion en section, et en désigner le président et le secrétaire. — Les rapports présentés au congrès et les communications scientifiques qu'ils renferment, seront remis en manuscrits, avant la fin du congrès, aux secrétaires. Quiconque prend part aux discussions transmet immédiatement aux secrétaires un résumé écrit de son discours. — 9. Le bureau du congrès décide, en dernier ressort, de l'impression aux *Annales* des rapports, communications, etc., en tenant compte surtout des ressources financières de l'institution. — 10. Il est accordé, au maximum, vingt minutes pour chaque conférence ou communication scientifique, sauf pour les rapports ou conférences faites à l'invitation du bureau du congrès ou des sections. — 11. A moins que l'assemblée, consultée à ce sujet par le président, n'en décide autrement, la discussion d'un même objet en section ne peut durer plus d'une demi-heure et chaque orateur qui prend part à la discussion ne peut disposer, au maximum, que de cinq minutes, à moins qu'il n'ait lui-même ouvert la discussion. — 12. Les présidents dirigent les séances et les débats suivant les usages des réunions scientifiques. D'accord avec le bureau, ils règlent l'ordre du jour. — 13. Dans la dernière séance générale, on décidera où et quand aura lieu le second congrès de sciences naturelles et médicales. — 14. Le présent règlement restera en vigueur jusqu'à l'adoption du règlement définitif de l'institut, par l'assemblée générale du second congrès. Déjà plus de 500 adhérents se sont fait inscrire en Hollande. Le congrès devait être national ; mais le bureau a étendu le droit de participation aux praticiens et aux savants des parties flamandes de la Belgique. Jusqu'à ce jour, six participants belges seulement se sont fait inscrire. Peut-être faut-il attribuer cette indifférence au défaut de publicité en notre pays. C'est afin d'y remédier que nous publions ce qui précède. Les adhésions au congrès peuvent encore être envoyées au second secrétaire-trésorier, le Dr C. Kerbert, Plantage Middellaan, 70, à Amsterdam. L'indication des communications à faire en section, doit être faite au premier secrétaire, le Dr J. Campert, Audrieskade, 2, Amsterdam. (*Presse médicale.*)

Statistique des asiles consacrés aux enfants idiots et imbéciles en Amérique.

Californie : Institution privée sous le patronage de l'Etat, 25 lits fondée en 1884 à Vallejo ; — *Connecticut* : Institution privée sous le patronage de l'Etat, 102 lits, fondée en 1858, à *Lakewille* ; — Autre institution privée fondée en 1881, à Meriden. — *Illinois* : Institution d'Etat, 300 lits fondée en 1865 à Lincoln. — *Indiana* : Institution d'Etat, 82 lits, fondée en 1878 à Knightstown. — *Iowa* : Asile d'Etat, 215 lits, fondé en 1870, à Gleenwood. — *Kansas* : Asile d'Etat, pas d'autres renseignements. — *Kentucky* : Institution d'Etat, 160 lits, fondée en 1860 à Frankfort. — *Massachushett* : Institution privée, 80 lits, fondée en 1848 à Barre ; — Institution privée, fondée en 1868 à Fayville ; — Asile d'Etat 140 lits, fondé en 1848 à South-Boston. — *Michigan* : Institution privée fondée en 1884 à Kalamazoo. — *Minnesota* : Institution d'Etat, 60 lits, fondée en 1879 à Faribault. — *New-York* (Etat de) : Asile d'Etat à Geddes ; — Autre asile d'Etat fondé en 1878 à Newark ; — Hôpital pour les idiots et les épileptiques à New-York ; — Autre institution, 200 lits, fondée en 1860, à New-York. — Institution privée du Dr Seguin, 11 lits, fondée en 1880 à New-York — *Ohio* : Asile d'Etat, 560 lits, fondé en 1857 auprès de Collunbus — *Pensylvanie* : Institution privée, 105 lits, fondée en 1863 à Elwyn.

Hôpitaux de Paris. — Concours entre les internes en pharmacie.

Le concours annuel entre les internes en pharmacie des hôpitaux de Paris a donné les résultats suivants :

Première division (troisième et quatrième année). — Médaille d'or : M. Choay, interne de troisième année à l'hôpital Lariboisière ; médaille d'argent : M. Breville, interne de troisième année à l'Hôtel-Dieu ; première mention : M. André, interne de troisième année à l'hôpital Bichat : deuxième mention : M. Labruche, interne de quatrième année à l'hôpital Lariboisière.

Deuxième division (première et deuxième année). — Médaille d'argent : M. Moureu, interne de première année à l'hôpital de la Pitié ; accessit (livres) : M. Boutron, interne de deuxième année à l'Hôtel-Dieu ; première mention : M. Gueydet, interne de première année à l'hôpital de la Pitié ; deuxième mention : M. Gerevrier, interne de deuxième année à l'hospice de la Salpêtrière. Pour l'épreuve écrite, les candidats de la première division ont eu à traiter les sujets suivants. Chimie : saccharoses ; pharmacie : des sirops ; histoire naturelle : des fougères. Pour la deuxième division, les sujets ont été les suivants. Chimie : argent et ses composés ; phar-

macie: huiles essentielles; histoire naturelle: des fruits. Pour la première fois, la distribution des prix aux lauréats de ces concours et la proclamation des noms des nouveaux internes n'ont pas eu lieu, cette année, en séance solennelle. Les choses se sont passées en petit comité, en présence des lauréats, de M. le Directeur général de l'Assistance publique et de M. Lutz, pharmacien des hôpitaux. Cette regrettable (?) mesure a été prise à la suite du dernier concours pour l'internat en médecine; M. Peyron a craint de recevoir, des élèves en pharmacie, le même accueil plus que bruyant qu'il a reçu l'an dernier des élèves en médecine. Si nous consultons nos souvenirs, qui remontent, hélas! déjà loin, il nous semble qu'autrefois M. Husson, qui n'était certes pas un directeur exemplaire, savait affronter avec plus de courage que M. Peyron les boutades de la jeunesse (*Archives de Pharm.*).

Laïcisation de l'hôpital Lariboisière.

En vertu de la décision prise par le conseil de surveillance de l'Assistance publique dans sa séance du 7 juillet 1887, l'hôpital Lariboisière a été laïcisé le 15 septembre. Le personnel laïque composé de 3 surveillantes, 29 sous-surveillantes et 2 suppléantes, a pris possession des services à 6 heures du matin. Les religieuses Augustines avaient quitté l'hôpital à cinq heures 1/2; nous croyons savoir que l'hôpital Beaujon sera laïcisé avant le 1er octobre.

FORMULES

VI. Traitement de la diarrhée verte.

La diarrhée verte, dont les enfants en bas age sont si souvent atteints, est une maladie très grave et qui fréquemment entraine la mort.

On peut administrer contre elle l'acide lactique en solution :

Julep gommeux. . . . . . . 100 grammes.
Acide lactique . . . . 2 —

On en donne une cuillerée à café au petit malade, un quart d'heure après chaque tétée. On peut aller en 24 heures jusqu'à 5 ou 8 cuillerées à café, ce qui représente de 40 à 60 centigrammes d'acide lactique pur.

NOUVELLES

Natalité a Paris.— Du dimanche 4 septembre 1887 au samedi 10 septembre 1887, les naissances ont été au nombre de 1106, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 416; illégitimes, 128. Total, 544. — *Sexe féminin* : légitimes, 413; illégitimes, 149 Total, 562

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 sept. 1887 au samedi 3 septemb. 1887, les décès ont été au nombre de 842, savoir : 439 hommes et 403 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 15, F. 27. T. 42. — Variole: M. 3, F. 4. T. 7. — Rougeole : M. 6, F. 3. T. 9. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 9 F. 10, T. 19. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 87, F. 62. T. 149. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 6. T. 19.— Tumeurs benignes : M. 0, F. 7. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 10, F. 22 T. 32. — Meningite simple : M. 12, F. 24. T. 36. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 11. T. 35. — Paralysie : M. 2, F. 1. T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 6. T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 19. T. 44. — Bronchite aiguë : M. 4. F. 2 T. 6. — Bronchite chronique : M. 12, F. 12. T. 24. — Broncho-Pneumonie : M. 3, F. 4. T. 7. — Pneumonie M. 16, F. 11. T. 27. — Gastro-entérite, biberon : M. 48, F. 49. T. 97.— Gastro-entérite, sein : M. 20. F. 22. T. 42 — Autres gastro-entérite : M. 3. F. 2. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2 T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0 T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 14. F. 3, T. 17. — Sénilité : M. 7, F. 10. T 17. — Suicides : M. 6, F. 3 T. 9. — Autres morts violentes : M. 7, F. 2. T. 9. — Autres causes de mort : M. 85 F. 77. T. 162 — Causes restées inconnues : M. 1. F. 7. T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 34, illégitimes, 7. Total : 41. — *Sexe féminin :* légitimes. 27; illégitimes, 11. Total : 38.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Sont nommés à ladite Faculté pendant l'année scolaire 1887-1888 : MM. Coque, préparateur du laboratoire de physique; — Bertoyé, préparateur du laboratoire d'anatomie générale et histologie; — Ducher, préparateur du laboratoire de pharmacie.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Prague.* — M. le Dr Pannotti est nommé primat-docent de clinique chirurgicale et médecine opératoire.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Rietsch, pharmacien de 1re classe, docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur de chimie en remplacement de M. Rousset, décédé. — MM. Queirel et Marcorelles, anciens suppléants, sont rappelés à l'exercice jusqu'au 21 octobre 1887. — Un concours s'ouvrira le 1er février 1888 devant la Faculté de médeciné de Montpellier pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — Un concours s'ouvrira le 20 février 1888, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Hôpitaux de Lyon.—Le 27 février 1888, à huit h. du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux, appelé à faire le service dans les établissements de l'administration des hospices civils de Lyon. Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical. Il comprendra cinq séances. Première séance : Question d'anatomie et de physiologie, à traiter par écrit. Deuxième séance : Question de pathologie interne, à traiter par écrit. Troisième séance : Question d'hygiène et de thérapeutique, à traiter par écrit. Quatrième séance : Examen clinique d'un malade choisi par le jury; consultation orale sur les symptomes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie présentée. Cinquième séance : Examen clinique d'un malade choisi par le jury; consultation orale sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie présentée.

Académie des sciences. — Legs Fontanne. — Les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences de l'Institut de France sont autorisés à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de 20.000 francs, qui lui a été fait par le sieur Ch.-F. Fontanne, suivant son testament, en date du 26 avril 1883. Les revenus de cette somme, placée en rente 3 0/0 sur l'Etat français, devront être consacrés à la fondation d'un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'auteur de la meilleure publication paléontologique.

Antisepsie dans les duels. — Où l'antiseptie ou plutot l'asepsie va-t-elle s'arrêter? Voici une nouvelle application que Pasteur et Lister n'avaient peut-être pas en vue, quand ils nous donnèrent les règles du pansement antiseptique et la conduite à tenir pour éviter les complications des plaies. Dans le duel récent Labruyère-Malville, nous disent les journaux politiques, les deux adversaires ont pu s'embrocher de part en part, et, quelques jours après, chacun d'eux était sur pied, grace à la précaution prise par le Dr Rodolphe Labusquière, qui avait flambé les lames d'épée et les avait trempées, avant le combat, dans une solution d'acide phénique. Avis aux duellistes à venir et à leurs témoins. Bientôt, n'en doutons pas, les armuriers vendront des épées stérilisées dans des tubes bouchés à la ouate. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 9 septembre 1887.)

Choléra. — L'épidémie cholérique persiste à Malte. Le 6 septembre, il y aurait eu environ 25 cas nouveaux dans l'espace de quelques jours. Il y a des décès assez nombreux. En Sicile, l'épidémie paraît un peu progresser, et, à Messine, depuis quelques jours, on signale une recrudescence du choléra. Dans le reste de l'Italie, il y aurait des cas de choléra çà et là.

Congrès international d'hygiène : Session de Vienne. — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès s'ouvrira le 26 septembre. Il est vivement à désirer qu'un grand nombre de nos compatriotes s'y rendent et qu'ils fassent tous leurs efforts pour que la session prochaine ait lieu à Paris en 1889, et soit complétée par une exposition d'hygiène. Ce qui vient de se passer à Washington doit nous servir de leçon.

Congrès des médecins aliénistes allemands. — Le congrès annuel des médecins aliénistes allemands est sur le point de se réunir à Francfort, les 16 et 17 septembre.

Hôpitaux de Paris. Internat en pharmacie. — Voici la liste des internes en pharmacie qui ont été nommés à la suite du dernier concours et qui sont au nombre de 51 : MM. Perrein, Marrette, Lescène, Boudrot, Lefour, Desgrez, Gur. Vassal, Lefebvre, Barré, Vielle, Mansier, Coulon, Pitsch, Laborde, Gerard, Peitz, Bourgignon (Michel), Gaillard, Barboux, Charpentier, Martineau, Guillaume, Desesquelle, Pommé, Chuche, Giaize, Gobert, Thouladjian, Martinet, Feuilloux, Picard, Destremont, Deconard, Bourguignon, Reynald, Lacouture, Moussu, Lavadoux, Quinery, Chomeille, Brunet, Cathelineau, Harant, Tinard, Girand, Foucher, Dezarzens, Lua, Duperron, Gourin. MM. Perrein et Marette ont obtenu, le premier, le prix de 100 francs, et le deuxieme, le prix de

50 francs, offerts par l'Association amicale des internes en pharmacie.

Hôpitaux de Lyon. — *Concours d'externat.* — Le conseil d'administration des hospices civils de Lyon donne avis que, le mardi 25 octobre 1887, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination des *externes* appelés à faire le service de médecine et de chirurgie, dans les établissements de l'administration. — *Concours pour l'internat.* L'ouverture du concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon aura lieu le 10 octobre 1887. Le nombre des internes à nommer est de douze; celui des externes sera fixé d'après les besoins du service au moment de l'ouverture du concours. Nous regrettons qu'à l'exemple de l'Assistance publique de Paris, l'Administration des hôpitaux n'exige pas de tous les candidats un certificat de vaccination de date récente.

Hygiène de Paris. — Le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, qui a été consulté par la ville de Paris, sur un projet de construction, quai de Javel, d'une usine élévatoire destinée à établir une prise d'eau, a été défavorable à ce projet.

Laicisation de l'hospice Stapaert a Lille. — Le *Figaro* du 13 septembre nous annonce avec douleur la laicisation de cet hospice consacré aux vieilles femmes sans ressources et aux orphelines de la classe bourgeoise. Il était desservi par les sœurs de St-Vincent-de-Paul.

Longévité. — On annonce de North-Grosvenordale, près de Putman (Connecticut), la mort, à l'âge extraordinaire de cent dix ans, de Mme Paradis, qui était, ajoute-t-on, une canadienne française (*Le Temps*, 15 septembre 1887).

Missions scientifiques. — M. le Dr Mangenot est chargé d'une mission à l'effet de prendre part au congrès d'hygiène et de démographie, qui se tiendra à Vienne au mois de septembre 1887, et de visiter les écoles de Vienne et de Buda-Pesth. — M. Janssen, président de l'Académie des sciences, est chargé de représenter le ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, au seizième congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui se tiendra à Toulouse pendant le mois de septembre 1887. — M. Pichevin, interne des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission a Vienne, à l'effet de prendre part au Congrès d'hygiène et de démographie, qui se tiendra dans cette ville à la fin du mois de septembre 1887.—M. le Dr A. Bournet (d'Amplepuis), vient d'être chargé par le Ministre de l'Intérieur d'une mission scientifique en Corse, pour étudier le banditisme et la répartition géographique de la criminalité.

Scarlatine. — Une sérieuse épidémie de scarlatine existe actuellement à Londres dans la plupart des quartiers.

Société géologique de France. — La Société géologique de France, reconnue établissement d'utilité publique, par ordonnance royale en date du 3 avril 1832, est autorisée à accepter aux clauses et conditions imposées, les libéralités consenties en sa faveur par le sieur Ch.-Fr. Fontanne, et consistant dans le legs du stock de ses ouvrages et d'une somme de 20.000 francs. Les revenus de cette somme, placée en 3 0/0 sur l'Etat français, devront être consacrés à la fondation d'un prix qui sera décerné tous les deux ans au meilleur travail stratigraphique.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.—Legs Noel Barthe. — Le président de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 26 août 1857, est autorisé à accepter, au nom de cette Société, aux clauses et conditions imposées, le legs qui a été fait à ladite Société, par le sieur Noel Barthe, suivant ses testament et codicile olographes des 27 juillet 1886 et 13 septembre 1885, et consistant dans la nue propriété d'une rente de 1.200 fr. et le surplus de ses rentes en pleine propriété. Le produit de ce legs sera placé en rentes sur l'Etat français, au nom de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Voyage ministériel dans les établissements sanitaires. — M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie à l'intention de se rendre, dans les premiers jours du mois d'octobre, à Marseille. à Toulon et aux îles d'Hyères, afin d'y visiter les établissements sanitaires et d'étudier sur place les questions qui s'y rattachent. Le ministre sera accompagné par le Dr Brouardel. De Marseille, M. Dautresme s'embarquera pour l'Algérie, ou il doit visiter particulièrement les établissements du cap Matifon. A son retour à Paris, le Ministre du Commerce établira les projets qu'il a l'intention de présenter au Parlement sur les questions qui touchent a l'hygiène et a la santé publique (*Province méd.*)

Nécrologie. — Le Dr Bara (Jules), chirurgien honoraire de l'hôpital civil de Tournai, président de la commission médicale provinciale du Hainaut, décédé à Tournai le 22 août. — Le Dr Berthoumieu, de Colomiers-Lasplanes (Hte-Garonne), mort d'une variole confluente contractée au lit d'un malade. Ce nouveau martyr du devoir professionnel, dit la *Revue médicale de Toulouse*, était âgé de 25 ans et marié depuis trois mois (*France médicale*). — Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le Dr Rousseau père, conseiller général du canton de Hirson (Aisne) ; il s'était tout particulièrement distingué pendant l'invasion allemande. — M. le Dr Dietl, professeur de médecine à la Faculté d'Innpruck.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. Alcan, 108, boulevard St-Germain.

Congrès français de chirurgie. — 2e session. — Paris, 1886. — Président, M. le professeur Ollier. — Procès-verbaux, mémoires et discussions, publiés sous la direction de M. le Dr S. Pozzi, secrétaire général. Volume in-8° de 720 pages, avec 27 figures. — Prix : 14 fr.

Lemoine. — De la blépharoptose cérébrale. Brochure in-8° de 7 pages.

Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Sandras. — Les modifications de la voix humaine obtenues par les inhalations à l'accordeur du larynx. Brochure in-4 de 8 pages.

Librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Brunon (R.). — Contribution a l'étude de la myosite infectieuse primitive. Brochure in-8° de 129 pages.

Lion-Petit.—Tuberculose pulmonaire transmise de l'homme au chien. Brochure in-8° de 8 pages. — *Journal de médecine de Paris.*

Mercier (A.).—Angine couenneuse (croup). Sa guérison en 48 heures par le chloral. Brochure in-8° de 16 pages. — Besançon, 1887. — Imprimerie Franc-Comtoise.

Congreso medico-regional de Navarra en 1886. — Memoria cientifico-descriptiva por la comission nombrada al efecto. Brochure in-8° de 126 pages, avec un diagramme. — Pamplona, 1886. — Imprenta Provincial.

Renzi (E. de). — Lezioni sulla rabbia. Brochure in-8° de 24 pages. — Napoli-Milano, 1887. — L. Vallardi.

Murri (A.). — Su di alcune anomalie dell' impulso cardiaco. Brochure in-8° de 45 pages, avec 24 tracés. Napoli-Milano, 1887. — L. Vallardi.

Siemerling (E.). — Anatomische Untersuchengen uber die menschlichen Ruckenmarkswurzeln. Brochure in-8° de 32 pages, avec 2 planches hors texte. — Berlin, 1887. — A. Hirschwald.

Association française pour l'avancement des sciences. — 15e session, 1886. — Nancy, 2e partie. Volume in-8 de 1.116 pages, avec 18 planches hors texte de Paris, 1887. — Au secrétariat de l'association, 4, rue Antoine Dubois.

Westphal. — Ueber einen Fall von chronischer progressiven Lohmung der Augenmuskeln (Ophthalmoplegia externa) nebst Beschreibung von Ganglienzellengruppen im Bereiche des Oculomotoriuskerns. Brochure in-8 de 24 pages, avec 3 planches hors texte.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 39. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 24 SEPTEMBRE 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Observations de pustule maligne ;

Par S. RAZDICZEWSKI (de Ciechanowiec).

La petite ville de Russie, où j'ai recueilli les observations suivantes de pustule maligne, compte, parmi ses habitants, bon nombre d'ouvriers occupés au triage des crins, et plusieurs tanneries et ateliers pour la préparation des peaux.

Le but de mes recherches était, avant tout, de *constater la présence du bacille du charbon dans le sang du malade vivant ;* à cet effet, j'ai, dans un de ces cas, examiné le sang au microscope ; dans les autres, j'ai, en outre, eu recours à des cultures sur gélatine.

D'après la théorie parasitaire, en vigueur à l'heure qu'il est, la présence du bacille du charbon dans la pustule maligne, comme cause des symptômes de cette dernière, est un fait indiscutable.

Qu'il me soit permis de rappeler à ce sujet les opinions des principaux auteurs contemporains.

« Les Schizomycètes ont, jusqu'à présent, été constamment trouvés dans deux maladies : le bacille du charbon dans la pustule maligne et le Spirochaete d'Obermeyer dans la fièvre récurrente (1).

« Le charbon des animaux, la pustule maligne, le charbon intestinal, sont des affections bactériennes parfaitement déterminées, dont l'étiologie et l'anatomie pathologique ne laissent, pour ainsi dire, rien à désirer depuis les travaux de Davaine, de Koch et de Pasteur (2). Ces observations, de même que celles de Toussaint et d'autres, ont confirmé la provenance du charbon du développement d'une bactérie spécifique (*Bacillus anthracis*) dans le système vasculaire de l'animal.

« Les premières recherches de Davaine sur le rôle de ce bacille chez les animaux furent plus tard confirmées sur l'homme, et, en 1864, ce savant réussit à prouver l'identité du *charbon* des animaux avec la *pustule maligne* de l'homme.

« Il trouva des bactéries non seulement dans les escarres de la pustule de l'homme, mais encore, en les inoculant à des animaux, il constata chez ces derniers la présence d'un grand nombre de bactéries. Bientôt après, M. Lancereaux, dans la Clinique de Grisolle, confirma le passage des bacilles du charbon dans le sang et leur contagiosité. A cet effet, il répéta avec Davaine les inoculations faites par ce dernier en vaccinant des animaux avec les produits de la pustule (3). »

Outre Davaine, d'autres savants ont confirmé la présence des bactéries charbonneuses chez des hommes ; ainsi Wagner en a trouvé dans des pustules après deux ou trois jours de durée de ces dernières ; Virchow en a vu après douze jours de maladie. On admet généralement que les bacilles existent huit à dix jours à la base de l'escarre, puis ils peuvent disparaître entièrement de l'endroit inoculé et cèdent leur place aux bactéries communes ou aux bactéries de la putréfaction (1).

A l'autopsie des personnes mortes de la pustule maligne, la persistance du bacille du charbon est variable. Brauell a non seulement trouvé des bacilles dans le sang d'un homme mort de la pustule maligne, mais a inoculé le charbon à toute une série d'animaux avec du sang pris dans la veine cave du défunt (2).

On ne saurait dire qu'on trouve les bacilles constamment dans les mêmes organes et avec la même persistance. La circonstance qu'on ne les trouve que rarement dans le sang s'explique par l'analogie avec les animaux, c'est-à-dire par ce fait que, les bacilles arrivés dans le sang des pustules et y ayant causé des altérations mortelles, sont ensuite éliminés de l'organisme. Quant à leur présence dans les organes, on les y rencontre en voie d'élimination.

En résumant les faits cités, dûment constatés, on peut conclure que la provenance du charbon sur les animaux, par le développement du Bacillus anthracis, est suffisamment prouvé. Le développement de la pustule maligne, par l'action du même parasite, est confirmé par la présence du bacille du charbon dans la pustule, où il est très persistant; tandis qu'on le trouve moins souvent dans les organes du cadavre, et encore plus rarement dans le sang de ce dernier. Par analogie avec les animaux, la présence constante du bacille du charbon dans le sang de l'homme vivant atteint de la pustule maligne, surtout à la période de l'infection générale, doit être considérée comme règle indiscutable. Malheureusement, la réalité ne vient point confirmer cette hypothèse, et les faits cités ne suppriment pas tout doute sous ce rapport. Ainsi, l'expérience nous enseigne que le sang des personnes vivantes atteintes de pustule maligne ne constitue pas un objet sûr pour en obtenir les bacilles (3); d'autre part, le caractère des bâtonnets découverts après la mort est fortement controversé par les savants.

Billroth admet que les bactéries qu'on trouve dans le sang des animaux affectés du charbon appartiennent aux Meso et Megalo-bactéries, tels qu'on les rencontre dans le sang et le péricarde de cadavres en décomposition (4). Ces bactéries de la putréfaction sont très nombreuses et ne sont pas encore bien connues. La classification des genres spéciaux de bactéries ne repose pas sur des principes assez puissants; aussi voyons-nous encore aujourd'hui admettre la possibilité d'une transformation du Bacillus anthracis en Bacillus subtilis (5). Ceci nous explique comment des chercheurs très expérimentés hésitent dans la définition des bacilles qu'on trouve dans les cadavres (mycose intestinal). Enfin, les recherches d'Ozol et d'Arkhangelski, bien qu'ils soient jusqu'à présent les seuls à défendre les résultats de leurs

(1) Dr CARL FRIEDLŒNDER. *Microscop-Technik* (Edit. russe, 1886).

(2) CORNIL ET BABES. *Les Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses*, 1886, p. 602, 586, 587, 588.

(3) *Chirurgie de* PITHA *et* BILLROTH. (tr. russe).

(1) CORNIL et BABÈS. *Loc. cit.*

(2) STRAUS. *Leçons sur le charbon*; in *Progrès médical*, 1886, n° 6, etc.

(3) HEIDENREICH. *Méthode d'analyse des organismes inférieurs* (Edition russe, 1885).

(4) BILLROTH. *Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.* 8e ed. (tr. russe).

(5) ZOPF. *Die Spaltpilze.*

recherches, battent en brèche toutes les idées admises sur la signification du bacille du charbon (1).

En présence d'une pareille diversité de vues, on comprend que la question n'est pas encore complètement résolue et que des recherches sur des cas spontanés de charbon sur des animaux et des cas isolés de la pustule maligne chez l'homme ne sont pas sans utilité. Aussi est-ce guidé par les différentes considérations précitées que je me suis décidé à publier quelques observations que j'ai recueillies dans ma clientèle.

Observation I. — G. Sch... femme de 60 ans, d'une forte constitution, bien nourrie, est fréquemment occupée au lavage et au triage des poils d'animaux dans une fabrique.

Huit jours à peu près avant que je l'aie vue, elle aperçut à la partie antérieure du cou un petit bouton qui, quelques jours après, sécha en laissant une escharre.

Status præsens. La malade accuse un malaise général, un défaut d'appétit, une pesanteur à l'épigastre. La langue est chargée, le pouls un peu fréquent. Dans la région sternale, et s'étendant jusqu'au triangle sus-claviculaire, nous voyons une escharre plate dont le diamètre longitudinal ne dépasse pas cinq centimètres. Cette escharre est d'un livide grisâtre, irrégulière, presque ovale, dure au contact. Au toucher, elle produit l'effet d'une peau morte. Piquée assez profondément, elle n'accuse aucune sensibilité. Les bords sont inégaux et l'épiderme qui les entoure, boursoufflé, est soulevé par un produit séreux. Point d'ulcération. Les parties molles environnantes gonflées bien qu'à peine rougies et peu sensibles. Une glande lymphatique du côté gauche du cou, voisine de l'escharre engorgée, et présentant le volume d'une noisette, un peu sensible à la pression. Un peu de sérosité et du sang provenant d'une piqûre sur les bords de l'escharre et au bras, furent recueillis sur des lamelles de verre et desséchés.

D'autre part, l'endroit lésé fut cautérisé à l'aide du thermo-cautère de Paquelin. La tumeur des parties molles disparut bien vite et la plaie produite par la cautérisation se cicatrisa sans autres symptômes remarquables.

Obs. II. — Ner..., âgé de 45 ans, de constitution robuste, agriculteur. Les personnes de son entourage racontent qu'une vache et un cochon étaient tombés malades chez lui, sans aucune cause apparente. Tous les deux furent abattus pour empêcher leur perte par la mort; puis il enleva la peau et enterra la charogne. Quelques jours après, il aperçut un petit bouton à sa main gauche qui parut tellement suspect, que les voisins effrayés l'engagèrent à aller consulter le médecin. Cependant, tout d'abord, il n'y fit pas autrement attention, mais la main ayant gonflé et l'état général s'étant altéré, il fut forcé de s'aliter. Après dix jours de souffrances, il fut pris du délire, perdit connaissance; à la suite de quoi, il eut recours au médecin qui constata à l'avant-bras gauche, aux environs de l'articulation radio-carpienne, une escharre dure de couleur livide de la grandeur d'une pièce de cinq francs, de forme irrégulière, plate, ne s'élevant pas au-dessus de la peau, occupant toute son épaisseur. Autour de l'escharre, et à une certaine distance de ses bords, on distinguait des phlyctènes de différentes grandeurs et emplis de liquide séreux. L'escharre fut cautérisée au moyen du cautère actuel. Le soir, l'état du malade empira. Appelé en cousultation par mon confrère, vers 7 heures du soir, je trouvai l'état suivant :

Le malade est plongé dans un état de somnolence profonde, ne répondant pas aux questions qui lui sont adressées; insensible même à une cautérisation répétée. Le visage pâle, les pupilles dilatées, la respiration inégale, plus fréquente par moments, devient stertoreuse, accompagnée de bruits dans la trachée qui disparaissent bientôt. Le malade vomit souvent, de trois à quatre fois par heure, un liquide incolore et aqueux; [illegible] probabilité l'eau qu'on lui avait fait boire en grande quantité. [illegible] fut [illegible] mouvements [illegible] [illegible] Le pouls est de 100 par minute [illegible] [illegible] des organes [illegible] fait dans la [illegible]

du possible, ne donne rien d'anormal. A la surface antérieure de la main gauche, à l'endroit déjà mentionné, nous voyons une escharre noirâtre produite par la cautérisation, et entourée au delà de la ligne de cautérisation, de petits vésicules livides, remplis de sérosités. Toute l'extrémité supérieure gauche, jusqu'à l'épaule, est gonflée au point de présenter le triple de son volume habituel. La peau n'est point chaude au toucher, mais très légèrement colorée. Les glandes lymphatiques axillaires légèrement tuméfiées; la peau de l'avant-bras et du bras ne présente aucune altération, telle que solution de continuité, ulcération, gangrène. Les trois doigts moyens dont les tendons traversent l'endroit malade, fortement contractés.

En présence des symptômes locaux d'un caractère spécial, et compliqués d'un fort engorgement des parties molles voisines, bien que sans symptômes de phlegmasie; et d'autre part, nous basant sur l'étiologie clinique de la maladie, nous acquîmes la certitude que nous avions affaire à une pustule maligne.

Bien que l'état du malade se rapprochât vivement de l'agonie, cependant, encouragés par la force et l'intensité relative du pouls, nous fîmes une cautérisation plus profonde avec l'appareil Paquelin, tout en prescrivant des excitants. Les remèdes n'eurent aucun succès; le malade succomba quelques heures après; l'autopsie ne fut pas faite.

Pendant l'examen du malade, je fis une culture du sang et du liquide des vésicules, en transportant ces derniers (à l'aide d'une aiguille en platine) dans trois tubes remplis de gélatine, et en observant toutes les précautions indispensables.

Le tube n° 1 contenait la culture du sang recueilli à l'aide d'une lancette plongée dans l'épaule de la main non malade. Le tube n° 2 du sang provenant de l'épaule malade pris au-dessous du bord supérieur du gonflement. Le tube n° 3 enfin, contenait la culture du liquide pris au moyen d'une aiguille plongée dans une des vésicules qui entouraient la pustule principale.

En outre, nous recueillîmes, sur des lamelles de verre, du sang provenant de la main malade aussi bien que de l'autre; nous le fîmes sécher en couches minces, et nous le conservâmes pour nous servir plus tard à des recherches microscopiques, les seules que le manque de temps et d'autres circonstances nous permirent de faire.

Examen du sang chez Ner... Ce sang retiré au moment de la piqûre était d'une couleur foncée, presque noir, couleur qui d'ailleurs a été fréquemment observée dans la fièvre puerpérale, dans la diphtérie, dans la fièvre typhoïde — Chez Mme Sch... la couleur du sang était entièrement normale.

Quant au sang étendu sur de minces lamelles de verre et desséché, il fut passé trois fois à la flamme d'une lampe à l'alcool, et teint au violet de gentiane d'après la méthode de Gram; puis traité par la solution d'iode et l'iodure de potassium; décoloré par l'alcool absolu et l'essence de girofle; et examiné au microscope avec très fort grossissement (Oc. III, Syst. Homog. Imm. II, Hartnack) et éclairé par le condensateur Abbé.

Pour plus d'exactitude, les préparations ont été dessinées à l'aide d'une chambre claire. Le grossissement étant de 1.300 environ.

Dans les deux cas précités, les globules sanguins ne présentaient rien de saillant. On voyait cependant assez clairement du désordre dans la disposition de ces globules, ainsi que leur tendance à se réunir en glomérules irréguliers. Il nous a été malheureusement impossible d'examiner le sang à l'état frais.

Le nombre des globules blancs, nous parut augmenté dans le sang de Mme Sch... et dans le sang de la main malade de Ner..., [illegible] qui est moins visible dans le sang de la main saine de ce dernier.

La grosseur des globules rouges varait de 5 au 7 μ, celle des globules blanches de 10 à 12 μ.

La forme de ces globules, en somme assez réguliers, présentait cependant quelques noyaux isolés à protoplasmes détruits, dans le sang provenant de la main malade de Ner... Dans le sang de Mme S... et plus

(1) [illegible] med. W[illegible] 1889 [illegible]

souvent dans celui de Ner..., nous trouvons ainsi quelques corpuscules incolores, dont le protoplasma ressemble à des globules blanchâtres de sang de veau, à forme arrondie de grandeurs différentes. — Ces éléments se rapportent probablement aux corpuscules que Zimmermann appelle « corpuscules élémentaires et Hayem hematoblast » (1).

Chez les deux malades, les leucocytes contiennent plusieurs noyaux ou un seul multiple de forme et présentant différents dégrés d'évolution : depuis des cellules à un seul noyau occupant toute leur largeur jusqu'à cinq noyaux tous fortement colorés.

Le protoplasma des leucocytes recueillis chez Mme S..., est blanc, brillant, peu coloré, et différent en cela des cellules trouvées chez Ner... Dans les deux cas précités, on voit au microscope des points isolés, libres, ou incrustés dans les globules, et fortement colorés ; ce sont, probablement des micrococcus. — On aperçoit, également, un seul et unique bâtonnet.

L'examen le plus attentif de cette préparation, de même que des lamelles conservées, ne nous montra que l'unique bâtonnet que nous venons de signaler et nous ne réussîmes pas à trouver un seul bâtonnet ressemblant de près ou de loin au bacille caractéristique de l'anthrax.

Dans ces conditions, et en supposant que le nombre des parasites caractéristiques était très minime, ou que je n'avais pas réussi à les trouver par l'examen microscopique du sang recueilli, j'ai eu recours aux cultures préparées auprès du lit du défunt.

Tube n° I. La culture du sang de la main saine, maintenue dans une température plus élevée que celle de la chambre, ne présenta, au bout de quelques jours, aucun changement particulier ; plus tard, cependant, et le long de la piqûre, il se produisit une couche excessivement mince, blanchâtre.

Examinée attentivement, à l'œil nu, cette couche parait comme tissée de petites fibrilles ; à la loupe, elle présente des fibres laineuses, contenant des rangées de très petits noyaux roussâtres, ressemblant à de très petites perles. Ces noyaux examinés au microscope à un très faible grossissement (Oc. II, sys. IV, Hartnack) présentent des petites colonies d'un jaune sale, arrondies, à bords clairs et lisses et d'une texture homologue.

A la surface de la gélatine, près de la piqûre, on trouve quelques petites écailles de la grosseur d'une tête d'épingle et blanchâtres

La culture resta assez longtemps dans cet état ; la gélatine ne s'altéra pas. Les cultures suivantes conservèrent le même aspect.

Sur de l'agar peptonisé, la culture garde, en général, le même aspect bien que se développant davantage. Une parcelle de la culture gélatineuse étendue sur une lamelle colorée au violet de gentiane, examinée au microscope avec un fort grossissement (Oc. III, syst. Homog. imm. II, Hartnack) et éclairée avec l'appareil d'Abbé, présente, dans le champ du microscope des bâtonnets de différentes longueurs et grosseurs.

Ces bâtonnets, sont, pour la plupart isolés, rarement divisés en deux, ne présentant aucune segmentation. Leur coloration est homogène, saus aucune trace de ligne ou d'interruption

La culture obtenue de cette manière fut inoculée à deux petits oiseaux, sous la peau, près des muscles pectoraux du côté droit. Cette inoculation causa la mort du premier oiseau au bout de 6 jours ; du deuxième au bout de 7 jours. Le sang du côté du cœur du premier oiseau fut inoculé à deux oiseaux plus petits et causa la mort simultanée de tous les deux sans accidents locaux appréciables (au bout de 3 jours).

L'inoculation fut faite, dans tous les cas, sous la peau, après formation préalable d'une petite poche pour l'introduction de la parcelle de la culture.

L'examen du liquide parenchymateux provenant de la plaie pectorale du foie, des poumons et du cœur des petits oiseaux inoculés, étendu sur une lamelle n'accusa ni la présence des bâtonnets, ni aucune autre forme de microorganisme.

La culture du sang pris dans la cavité du cœur de deux oiseaux donna un résultat peu défini.

Chez l'un d'eux, nous obtînmes des bâtonnets grumeux ; chez l'autre, des coccus. — La superficie du cœur ne fut pas cautérisée avant l'autopsie. La culture du sang cardiaque des oiseaux nos 3 et 4, primitivement cautérisée au fil de platine, ne donna aucun résultat, et la gélatine ne subit aucune altération, même pendant quelques semaines.

Une des cultures des bâtonnets pris dans le sang de la main saine de Ner.., fut inoculée par le même procédé à six souris domestiques, sous la peau, près de la queue, mais sans aucun résultat.

Dans les tubes nos II et III où se trouvaient les cultures du sang de la main malade, et la liqueur vésiculaire, nous constatâmes le développement des microorganismes en forme d'entonnoir, perforant la gélatine du haut en bas et la liquéfiant. La couleur de ces cultures était blanchâtre ; les parcelles teintes apparaissent composées de cocci ronds en haut, à droite et à gauche. Une parcelle de la culture n° II fut inoculée à deux souris dont la santé ne fut pas altérée.

En résumant toutes nos recherches, nous arrivons aux conclusions suivantes ,

L'analyse microscopique du sang chez nos deux malades, au début et à une période avancée de la maladie, ne nous montra aucune transformation caractéristique des éléments morphologiques du sang ; à l'exception, toutefois, d'une certaine altération des leucocytes (dans la première observation) et d'une agglutination spéciale des globules déjà indiquée par différents auteurs (2e observation).

Dans les deux observations, mais particulièrement dans la seconde, nous vîmes quelquefois des points colorés. Il nous fut impossible de constater la présence de bacilles caractéristiques dans le sang de nos malades. On aurait peut-être pu admettre que la faute en était à la quantité minime de microorganisme, mais la culture du sang et du liquide provenant des petites vésicules, c'est-à-dire, de l'endroit malade, de même que du sang extrait d'un endroit plus éloigné, ne nous permirent pas de constater, d'une seule fois, la présence du Bacillus anthracis caractéristique.

Nous concluons de nos recherches que l'apparition des bâtonnets, dans le sang de la main saine, doit être considérée comme un phénomène local ; il en est de même de ceux que nous avons trouvés dans les tubes nos 2 et 3.

Le changement très visible de couleur, l'altération des éléments morphologiques et de nutrition des centres nerveux de notre malade, constituent autant de preuves d'une altération de la composition chimique du sang.

(1) G. Variot. *Eléments figurés du sang*. These d'agrégation de Paris, 1886.

L'ensemble des symptômes morbides rappelant l'empoisonnement par des substances toxiques nous induit à soupçonner qu'ici aussi, nous avons affaire à une intoxication dont il nous est impossible de préciser l'origine, malgré l'apparition des microorganismes.

Je termine ce travail dont le but était la constatation de ce fait: l'*absence du Bacillus anthracis* dans le sang de l'homme vivant, atteint de la pustule maligne, dans deux périodes différentes ; sans toutefois vouloir décider la fréquence ou la constance de ce phénomène.

Le travail ci-dessus venait d'être terminé, lorsqu'il m'arriva d'observer un troisième cas de pustule maligne. Ici, j'ai eu l'occasion d'étudier le sujet plus longuement, et d'une façon plus systématique ; les résultats, cependant, furent plus ou moins analogues aux précédents.

Obs. III. — Pierre Max..., berger, 50 ans, ne s'exprime pas très clairement, mais voici ce qu'il nous raconte : A partir du 8 juin de l'année courante, et durant trois jours, ses brebis mouraient une chaque jour, et sans cause apparente, les grasses de préférence. Il les équarrit lui-même. La viande de la première fut donnée aux chiens du château qui restèrent bien portants ; par contre, son propre chien creva le quatrième jour sans aucun symptôme spécial, à l'exception d'une soif ardente. Le berger enleva le mardi la peau de la dernière brebis morte, et du jeudi au vendredi de la semaine suivante, c'est-à-dire, près de neuf jours après, il aperçut au menton, sous la lèvre inférieure, un bouton livide qu'il arracha. L'épiderme sécha en laissant une escharre produisant une légère démangeaison.

Tout d'abord, le malade n'y fit pas attention, mais le gonflement pâle des parties molles s'étendant de plus en plus, finit par l'effrayer. D'après ce que l'on m'a dit, le propriétaire de la bergerie avait perdu, l'année précédente, la moitié de ses moutons par le charbon. Le berger, lui-même, perdit la même année un enfant de trois ans, qui avec quatre autres s'amusaient avec les intestins d'une vache morte du charbon. Le malade connaissait donc le péril qui le menaçait, et c'est pourquoi il eut recours à moi relativement de bonne heure. Un vétérinaire de passage reconnut le bouton comme très suspect, et l'engagea à s'adresser à un médecin.

Status presens. — Le malade fut examiné la première fois le dimanche 19 juin, c'est-à-dire, plus ou moins le troisième jour après l'apparition du bouton (ce laps de temps me paraît d'ailleurs conforme à la vérité, les altérations locales n'étant pas encore trop avancées.)

Au menton, sous la lèvre inférieure, on voit une rougeur de l'épiderme de forme irrégulière à reflet sale. L'épiderme offre quelque analogie avec la peau de chagrin ; elle est légèrement soulevée, et l'étendue de toute la tache approche de la largeur d'un écu de cinq francs. Au centre de la rougeur, sur une petite étendue, on constate l'absence de l'épiderme. Ici, la peau paraît desséchée, de couleur gris sale passant en plusieurs endroits, au livide. La peau malade, prise entre deux doigts, paraît tannée. On ne voit aucune suppuration ni formation de vésicules.

Deux incisions au scalpel, faites en travers de toute l'épaisseur du centre et des parties périphériques de la pustule, paraissent peu douloureuses : les tissus incisés paraissent desséchés et durs. Le sang provenant de l'incision, en quantité très minime n'était pas trop vif de couleur, mais n'était pas non plus aussi foncé que le sang de l'observation n° II.

Dans la région mentale, sous-mentale, sous-maxillaire, ainsi qu'à la partie antérieure du cou, on aperçoit un gonflement des parties molles. La peau paraît pâle, et la pression du doigt y produit des fossettes. Les mouvements du malade font trembler l'enflure comme de la gélatine. En général, le gonflement n'est point douloureux, mais il s'étend graduellement ; on n'aperçoit d'ailleurs, ni vésicules, ni gangrène, ni autres altérations de la peau dans la région malade. La glande sous-maxillaire droite très engorgée, mais à peine douloureuse.

Le malade n'a point d'appétit, il a mal à la tete, il dort peu, le pouls est de 100 ; la température contrôlée à onze heures du matin marque 38°,5.

Après avoir recueilli du sang pour mes recherches, je cautérisai toute la région malade avec l'appareil Paquelin.

A l'intérieur, je prescrivis 0,12 de chlorhydrate de quinine avec 3 centigrammes de camphre, à prendre cette dose quatre fois par jour ; et j'ordonnai de recouvrir continuellement la peau gonflée et le pourtour de la pustule avec des compresses d'alcool camphré, qui après plusieurs jours d'application continue provoquent ordinairement une réaction.

Le 21 juin, je vis le malade pour la seconde fois, l'escharre produite par la cautérisation était encore très adhérente, j'en séparai la partie inférieure qui formait un lambeau dur et épaissi.

Dans le fond, sous l'escharre et autour de cette dernière il n'y avait aucune suppuration, ni rougeur réactive ; de même qu'on ne voyait aucune altération dans la peau ambiante, telle que vésicules gangréneuses, etc. Cependant la couleur voisine de la pustule paraît un peu marbrée. Une piqûre d'aiguille à travers l'escharre est douloureuse à l'exception de quelques endroits circonscrits, surtout vers le haut où l'on aperçoit une tache livide, avec induration du tissu dépassant le bord de la croûte.

L'enflure ayant fait des progrès, elle occupe les parties molles qui recouvrent le sternum, et vers le haut envahit la région parotidienne.

Les parties molles avoisinant le sternum sont d'une consistance pâteuse.

L'engorgement envahissant les parties profondes du cou, la déglutition devient difficile, la voix rauque, la sécrétion laryngée augmente, bien que le malade ne souffre pas en avalant ; pouls 68, température 38°,5 (à onze heures du matin).

Il résulte des symptômes ci-dessus, que le foyer local n'avait pas été complètement détruit ; et d'autre part, je restai persuadé que si les lésions des tissus dépendaient du bacille du charbon, dans ce cas, on trouverait sans faute ce dernier aux points privés de sensibilité à couleur livide qui dépassaient les bords de l'escharre.

Après avoir, au préalable, lavé ces deux points, et pris toutes les précautions nécessaires ; j'y fis des incisions, et je fis des cultures de sang dans deux tubes remplis de gélatine. Dans deux autres tubes je cultivai du sang provenant du bras droit du malade, à l'effet de me convaincre si les bacilles existaient déjà dans toute la circulation ; après quoi, je cautérisai de rechef l'endroit suspect.

22 Juin. — Température 39°,5, pouls 96, à onze heures du matin. La nuit le malade avait un peu dormi ; il lui semblait tomber d'une hauteur ; il délirait un peu en se plaignant que le médicament l'étourdissait. Langue sale, défaut d'appétit, déglutition de plus en plus difficile ; enrouement plus prononcé ; les symptômes locaux sont restés à l'état stationnaire, le gonflement idem : ni rougeur, ni sécrétion de pus. A la partie supérieure de l'escharre, on aperçoit une nouvelle tache livide avec induration des tissus. Cautérisation de l'endroit suspect.

23 Juin. — Température 36°,5, pouls 68, à onze heures du matin. La nuit le malade n'a pas mal dormi ; il se sent mieux ; la voix est plus claire ; l'appétit revient ; le gonflement du cou, et en particulier de la région laryngée a presque disparu ; la région sternale est encore pâteuse, la peau de l'endroit gonflé se plisse et se colore en rouge à la suite des applications continues d'alcool camphré ; l'escharre de la cautérisation adhère fortement ; des bords suinte un peu de sérosité, mais on ne voit pas encore de pus. Une petite tache isolée et suspecte apparaît loin du foyer et est immédiatement cautérisée.

La lèvre inférieure a grandement diminué de volume. La température, prise à cinq heures du soir marquait 38°,5. Un peu de sang recueilli du bras gauche fut inoculé à la gélatine contenue dans deux tubes.

24 Juin. — Température 37°,3, pouls 80. Le malade a bien dormi. L'enflure diminue graduellement partout. Le pourtour de l'escharre montre une certaine réaction inflammatoire sous forme d'anneau.

27 Juin. — L'enflure a complètement disparu, il ne reste qu'un gonflement insensible de la glande sous-maxillaire. Autour de l'escharre on aperçoit une véritable inflammation annulaire suppurante,

Le 30 juin, je vis encore une fois le malade. L'escharre est tombée en laissant une surface en suppuration. Rien d'extraordinaire à la région malade et dans l'état général.

Recherches microscopiques. — Les symptômes cliniques observés lors de ma première visite du 19 juin, ne laissaient aucun doute sur l'existence de la pustule maligne. Je me posai donc, dès le début, la question : Le sang recueilli de la pustule contient-il le bacile de l'anthrax? et par conséquent, en inoculant ce même sang à un animal d'espèce correspondante, y a-t-il le moyen de produire le charbon?

La réponse affirmative fut résolue, dans une certaine mesure, à la suite des recherches ci-après :

Le 19 juin avant la cautérisation de la pustule je l'ai lavée. La gélatine employée par mes recherches et répartie dans tous les tubes, provenait d'un seul récipient et avait été préparée strictement d'après la méthode indiquée par Cornil et Babès. Les éprouvettes remplies furent quotidiennement, et pendant plusieurs jours durant une demi-heure soumises à une température de 100°. Pour plus de certitude et à titre de contrôle, j'ai gardé plusieurs tubes dans lesquels la gélatine se maintient jusqu'à ce jour complètement claire.

La surface de la pustule du bras malade, et la surface de la peau du lapin furent, avant l'inoculation, lavés avec une solution de sublimé, et ensuite avec de l'alcool; après quoi, les aiguilles et la lancette qui servirent à l'opération, furent chaque fois flambées avant d'être employées. Après l'opération, je place les tubes auprès d'un poêle faiblement chauffé, dans des bocaux de verre hermétiquement fermés servant de chambre humide. En général, j'ai appliqué toutes les précautions prescrites en pareil cas, et je crois être arrivé au but, car aucune moisissure, ou autre microorganisme n'est éclos auprès de la piqûre à la surface de la gélatine. Je fis deux incisions, l'une au centre, l'autre dans la partie périphérique de la pustule à l'endroit où l'épiderme était intact.

Le sang de la première incision fut inoculé dans deux tubes de gélatine; celui de la seconde dans quatre; recueilli sur des lamelles, et enfin inoculé sous la peau du dos du lapin.

L'examen microscopique du sang coloré confirma la présence certaines de bacilles, bien qu'en petit nombre.

Le groupe de ce microorganisme tel qu'il se présente en nature a été dessiné. Tous les dessins ont été exécutés à l'aide d'une chambre claire de Oberhäuser; au niveau de la table du microscope de Hartnack à tube rentré en employant l'immersion système N° 11, ce qui correspond à un grossissement de 1,200 diamètre environ.

Les éléments du sang ne me parurent pas altérés, il m'a même été impossible de constater l'augmentation des corpuscules blancs.

Dans tous les six tubes contenant du sang des bords et du centre de la pustule, l'éclosion des microorganismes commença au bout de quatre ou cinq jours. Toutes les cultures se développèrent d'une façon plus ou moins analogue, sous forme d'une masse [illegible] liquéfiant la gélatine de haut en bas.

Des parcelles de cultures colorées par la méthode de Gram, examinées à un fort grossissement, paraissaient composées de bacilles homologues, représentant les préparations de ces cultures. A côté des bacilles on aperçoit des coccus en grand nombre. En comparant les deux dessins nous constatons que les bacilles trouvés dans le sang, et ceux produits par la culture [illegible] sont identiques. Ces derniers, cependant, sont [illegible], et forment des filaments d'une longueur [illegible]. Il n'est donc pas douteux que le sang des bords et du centre de la pustule contenait des bacilles dès le quatrième ou le cinquième jour de la durée de la pustule. Ce qui est prouvé par le microscope, mais surtout par la culture. Le sang dont nous parlons, possédait donc des propriétés infectantes.

Un lapin inoculé mourut au bout de 70 à 72 heures, et l'autopsie donna les détails suivants : Les bords de la plaie du dos entr'ouverts [illegible] recouverts d'une humeur gluante. Dans le voisinage de la plaie la peau présente de petites ecchymoses couleur de [illegible], mais rien de plus. La raideur cadavérique prononcée. Les extrémités tendues.

Les poumons collabés; à la coupe il en sort une assez grande quantité de liquide sanguinolent de couleur vive; la rate petite, foncée à pulpe molle.

Le foie très hypéremié. Les reins pâles : l'intestin grêle hypérémié; au reste, l'autopsie faite d'une manière assez superficielle n'a rien démontré d'extraordinaire.

Après avoir dédoublé chaque organe, j'ai cautérisé ces surfaces sur une certaine étendue et ensuite j'incisai les endroits cautérisés avec un scalpel stérilisé; en recueillant en même temps le liquide qui sortait du parenchyme de la coupe, de même que le sang provenant du cœur, à l'aide d'une aiguille stérilisée, et j'inoculai avec ces produits les tubes remplis de gélatine. A l'aide de ce procédé, je contaminai deux tubes avec du sang cardiaque, deux avec du sang de la rate, et un cinquième avec le liquide provenant du poumon.

L'examen de ces liquides, après coloration sur des lamelles, montra partout, et sans exception, la présence de bacilles identiques aux premiers. Il y a peu de bacilles; le nombre le plus considérable fut trouvé dans le sang de la rate, où, en dehors des bacilles colorés, on en aperçoit aussi de tout pâles. Dans tous les cinq tubes qui contenaient de la culture du sang et du liquide parenchymateux, à quatre ou cinq jours de distance, je constatai l'évolution de microorganismes se développant d'une façon analogue à celle que nous avions observée sur des cultures de sang provenant de la pustule. L'analogie faisait supposer que toutes ces cultures contenaient le même bacille, et le microscope vint complètement confirmer cette hypothèse. J'ai fait représenter le dessin des différentes préparations obtenues des cultures du sang cardiaque, du liquide des poumons, et de la rate, colorés au violet de méthyle. En somme, la comparaison des préparations a confirmé la présence du seul et même bacille dans le sang de la pustule maligne du malade, et dans tous les organes, ainsi que dans le sang de lapin mort à la suite de l'inoculation de cette pustule.

Le 21 juin, le malade vint de nouveau chez moi. Bien qu'ayant profondément cautérisé la pustule, cependant l'éclosion de nouveaux points durs, livides, dans les tissus contigus à l'escharre, l'augmentation du gonflement, la difficulté de déglutition, l'altération du larynx, indiquaient que le processus *sui generis* s'étendait de plus en plus ; ce qui faisait supposer que le bacille n'avait pas disparu de l'endroit d'inoculation, et qu'il se retrouverait facilement dans les foyers récemment éclos.

Je résolus donc de résoudre la seconde question, à savoir : si en présence de l'existence du bacille à l'endroit de son inoculation, il était possible de le retrouver dans le sang de la circulation générale pris, par exemple, du bras malade.

A l'effet d'arriver à une solution, je lavai scrupuleusement l'escharre et l'endroit suspect; après quoi, j'incisai ce dernier avec une lancette flambée, et j'inoculai le sang à deux tubes remplis de gélatine; quant aux deux autres, avec du sang pris sur le bras droit du malade. Tous les tubes furent placés dans un seul bocal servant de chambre humide. Une analyse immédiate du sang des endroits affectés nous a démontré la présence des bacilles en très petite quantité. Après quatre ou cinq jours, l'évolution des microorganismes commença dans les tubes contaminés par le sang des bords de la pustule. Les cultures ressemblaient exactement à celles que nous avons décrites précédemment. Les parcelles examinées au microscope, se composaient du même bacille complètement développé.

Des deux autres tubes infectés de sang du bras, nous vîmes apparaître, à la surface de la gélatine, une petite tache blanche; puis la gélatine commença à se liquéfier d'une façon offrant quelque ressemblance avec la précédente; j'ai donc cru que dans cette culture j'allais également retrouver le bacille que je connaissais, mais j'éprouvai une déception. Une parcelle de la culture, après sa coloration, se composait de coccus ronds de grandeur inégale formant souvent entre eux de petites chaînes. Ces coccus ressemblent à ceux de l'observation numéro II.

Le second tube était resté dans le même état. De tout ceci, il résulte que le sang provenant de la circulation générale ne contenait pas de bacilles, bien que ces derniers se trouvassent simultanément et avec certitude aux environs de la pustule. En revanche, ce sang contient des coccus, ce qui, probablement, n'est pas une circonstance tout à fait fortuite car elle a déjà été constatée dans l'observation numéro II. La quantité des

coccus dans le sang de Max, ne paraissait pas être considérable, car la culture ne réussit que dans un seul tube.

En exécutant la cautérisation des endroits suspects de date récente, j'inoculai de nouveau le 23 du sang du bras gauche du malade; le 25, des bords de la pustule et du bras droit. La première inoculation ne devait servir qu'à confirmer, une fois de plus, l'absence des bacilles dans la circulation générale.

Quatre éprouvettes contenant la culture de sang des deux bras du malade (23, 25 juin) restèrent stériles. Dans la cinquième, qui renfermait de la culture de sang des environs de la pustule (25 juin) se développe le bacille que nous connaissons déjà. Le 4 juillet, je fis encore une culture du sang provenant du bord de la plaie persistant après la chute de l'escharre, il n'y avait plus de bacille.

En admettant, au premier moment, que le bacille rencontré dans notre observation est le bacille du charbon, et en comparant les recherches de nos trois observations avec celles d'autres auteurs, nous arrivons à la conclusion suivante :

Au début de la pustule maligne le bacillus du charbon existe probablement toujours à l'endroit de l'inoculation. Mais par la dégénérescence de ses parties, ou par le processus inflammatoire causé, ou par le *vis médicatrix naturæ*, ou par l'emploi de moyens locaux, ce bacillus peut disparaître aussi. On peut admettre que la disparition du bacille à l'endroit de l'inoculation peut avoir lieu par elle-même, comme cela se voit après un certain laps de temps dans la culture gélatineuse.

Après une trentaine de jours, j'ai de nouveau examiné plusieurs des cultures qui m'avaient servi. Dans la culture du 19 juin, je vis seulement des coccus ronds, des détritus faiblement colorés et informes et des vestiges de bâtonnets. J'ai rencontré le même détritus dépourvu de coccus dans les cultures des liquides de lapin. Dans un seul tube, j'ai constaté une quantité de spores, mais les autres ne contenaient rien d'analogue.

La présence du Bacillus dans le système général de la circulation n'est pas absolument nécessaire, non seulement à une période primitive de la pustule maligne, mais même en cas d'issue mortelle, et quelques heures avant celle-ci. La présence du bacille dans les organes après la mort étant confirmée par différents auteurs, on se demande s'il y est arrivé par la voie des métastases, ou bien par une accumulation lente. Si la présence variable des bacilles dans le système général de la circulation était confirmé, ceci nous expliquerait, en quelque sorte, la grande différence entre le parcours lent de la maladie chez l'homme, et son invasion brusque et quelquefois foudroyante chez les animaux, en même temps que l'efficacité du traitement local sur le premier; car on sait que, chez les animaux inoculés, le cautère actuel, même employé dans un délai relativement bref, reste sans effet.

Nous ne nous sommes pas encore occupés de constater si le bacille de l'observation nº III était le bacille du charbon (B. anthracis); ce bacille d'une grosseur de 1 μ se compose souvent de filaments très longs, lesquels étudiés à l'état frais, apparaissent comme brisés de bâtonnets plus ou moins grands. Souvent ces derniers sont homogènes, parfois, cependant, ils sont séparés par des lignes transversales en petits segments ressemblant aux anneaux du ver solitaire. Au milieu de ces anneaux, on voit des points noirâtres, qui en tournant la vis du microscope sont de petits corpuscules ronds très réfringents disposés assez régulièrement le long du bâtonnet. Ce sont certainement des spores. On voit beaucoup de corpuscules analogues plus grands, ovoïdes, plus brillants encore, sur le champ du microscope. En d'autres endroits, je retrouvais des chapelets entiers de ces corpuscules réunis entre eux par des résidus des bacilles, qui, antérieurement, avaient servi de véhicule à ces corpuscules. On voit ces chapelets aux sommets des triangles.

Le bacille est d'une culture facile sur de la gélatine qu'il liquéfie. Il est immobile ; cause la mort chez les lapins où il apparait dans le sang de la cavité du cœur et des organes; ce qui constitue autant d'arguments en faveur de son identité avec le bacile du charbon

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Concours de l'Internat des hôpitaux de Paris.— Question de la limite d'âge.

Nous apprenons que l'Administration de l'Assistance publique vient de se signaler par une mesure à laquelle nous étions loin de nous attendre. Il paraît que cette année, à l'encontre de ce qui s'était fait jusqu'à présent, on n'accordera *aucune dispense* aux candidats à l'internat qui auront dépassé la limite d'âge, c'est-à-dire à ceux qui, au moment du concours, auront atteint 28 ans. On paraît vouloir appliquer le règlement avec toute la rigueur désirable (1). On en a le droit striet, il n'y a pas à discuter sur ce point. C'est là une mesure qui aurait dû être prise il y a bien longtemps. Pourquoi transgresser constamment aux décrets !

Mais si nous nous étonnons aujourd'hui de cette décision, c'est justement parce que depuis longtemps on n'a pas tenu compte des règlements et que ce désir de revenir à la règle n'est pas aussi admissible, dans le cas présent, qu'on pourrait le penser.

De ce fait qu'on a laissé se présenter aux concours précédents des candidats ayant dépassé l'âge de 28 ans d'une part; de cet autre fait qu'on n'a pas au commencement de cette année prévenu ceux qui en 1887 doivent concourir pour l'Internat d'autre part ;—de tout cela il résulte qu'en empêchant ces derniers de subir en fin 1887 les épreuves de ce concours, on leur cause un très grand préjudice. Il paraîtrait même qu'on a répendu, en février dernier, dans les bureaux de l'Assistance, que des dispenses seraient probablement accordées comme par le passé; c'était encourager les étudiants, susceptibles de tomber sous le coup du décret, à travailler ce concours. Régulièrement, pourtant, nous le répétons, ces élèves n'ont rien à prétendre. Cependant il n'est pas difficile de montrer qu'on a tort de vouloir être à l'heure qu'il est très-sévère. Voilà des jeunes gens qui ont passé toute l'année à préparer le concours, qui se sont astreints à un travail pénible, dans l'espérance que le succès viendrait couronner leurs efforts; surtout ceux qui ont déjà été reçus internes provisoires l'année dernière et qui vont être écartés cette fois ont un peu raison de se plaindre. Il nous semble inutile de nommer un ou deux provisoires, si on ne veut pas laisser ceux-ci concourir l'année suivante. S'il en est autrement, comment veut-on

(1) L'utilité de la limite d'âge pour des concours comme l'internat est chose discutable ; d'aucuns prétendent cependant que, quand un provisoire a subi deux concours, il a « *donné sa mesure* »; d'où nécessité d'une limite d'âge pour écarter ces *piliers du provisoriat.* Mais nous n'avons pas à aborder pareille question aujourd'hui.

que ces élèves fassent régulièrement et avec zèle leur service, eux qui courent d'un hôpital dans l'autre, qui ne consentent à remplir les fonctions peu agréables de provisoire non placé que pour pouvoir subir le concours suivant, et, pour parler franchement, que *pour se faire des chefs*. Beaucoup aimeraient mieux rester externes s'ils ne devaient plus concourir. Avouons qu'en agissant ainsi on exploiterait les provisoires de cette catégorie! Nous en connaissons qui, dans le but de se faire recevoir cette année, ont fait les plus grands sacrifices, pécuniaires ou autres, ont risqué un an de préparation plutôt que de subir leurs examens, de passer leur thèse. A ceux-là surtout, tout le monde en conviendra, il est permis de se récrier.

Pourquoi ne pas leur avoir fait connaître, lors du dernier concours, que désormais il ne serait plus accordé *la moindre dispense*? Pourquoi les bercer d'une illusion agréable et leur jouer, au dernier moment, un mauvais tour. C'est là un véritable coup de Jarnac. Nous ignorons quel motif a poussé l'Administration à agir ainsi; mais nous sommes persuadé qu'il suffira de signaler à l'autorité compétente les inconvénients, l'injustice même, disons-le, d'une pareille mesure. Ce n'est pas l'heure, ce n'est pas la façon de se conformer à la lettre d'un décret, surtout lorsque celui-ci est tombé depuis si longtemps en désuétude.

Concluons : Il ne faut pas, cette année du moins, éliminer les élèves qui sont atteints par la limite d'âge et qui remplissent les conditions voulues pour que la dispense ordinaire leur soit accordée.—D'ailleurs nous engageons fortement ceux à qui la nouvelle décision de l'Administration porte préjudice à se rendre avenue Victoria et à mettre sous les yeux de l'autorité l'exposé des motifs qui les poussent à protester d'une façon convenable et respectueuse. Messieurs les juges, grâce pour cette fois encore! Et tous nous serons contents. L'année prochaine vous ferez respecter le règlement comme il vous plaira, à condition toutefois de prévenir à l'époque opportune. Chaque chose à son temps ; c'est un proverbe à ne pas oublier

SOCIÉTÉS SAVANTES

NEUVIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Tenu les 5, 6, 7, 8, 9 et 10 septembre 1887, à Washington, (1).

Près de 3.000 médecins et chirurgiens, venus de tous les pays du monde, se sont réunis à Washington pour prendre part au neuvième Congrès International de Médecine et de Chirurgie. Il serait difficile d'en donner une liste complète: l'on y remarque toutefois les noms de certains d'hommes de distinction, tels que les Drs Abadie, de Paris; Apostoli, de Paris; Mac Call Anderson, de Glasgow; Samuel Benton, de Londres; Galezowski, de Paris; Pouzet, de Cannes; les professeurs Charpentier, de Paris; Ceccherelli, de Parme; Domenico, de Florence; les docteurs Emilio Coni, de Buenos Ayres; Cordes, de Genève; W. H. Cross, de Londres; Doléris, de Paris; De Rossi, de Rome; Dumont, de Berne; Ehrendorfer, de Vienne; Eulenburg, de Berlin; J. Colcott Fox, de Londres; I. Felsenreich, de Vienne; J. A. S. Grant-Bey, du Caire; le professeur [illegible], de Berlin; les docteurs Graily Hewit, de Londres; W. Allan Jamieson, d'Edimbourg; les professeurs Hitzig, de Halle; E. A. Homen, d'Elsingfœrs; Kische, de Prague; Kocher, de Berne; les docteurs E. Landolt, de Paris; Thomas Keith, d'Edimbourg; le professeur Léon Lefort, de Paris; les docteurs Lombard, de Genève; Moore Madden, de Dublin; Mencorre, de Rio de Janeiro; Madc. de Vienne; les professeurs P. Muller, de Berne; E. Mendel, de Berlin; les docteurs Megallias, d'Oporto; A. Mooren, de Dusseldorf; Reyher, de Saint-Pétersbourg; les professeurs Rokitansky, de Vienne; Wm. Rutherford, d'Edimbourg; les docteurs Schnittler, de Vienne; Léopold Servais, d'Anvers: Alfred Struebens, de Bruxelles; Strube, de Brême; P. G. Hunna, de Hambourg; Vogel, de Munich; Metger, d'Amsterdam, etc., etc. (1).

Le Congrès a été divisé en sections, dont voici la liste : *Médecine*. Président: Abram B. Arnold, de Baltimore. — Communications par les docteurs Steven, de Glasgow; Korory, de Buda-Pesth ; Arnold, de Baltimore, et autres. — *Chirurgie*. Président : Wm. T. Briggs, de Nashville. — Communications par les docteurs Wm Mac Ewen, de Glasgow ; Charles T. Parkes, de Chicago ; Péan, de Paris ; Ollier, de Lyon : Assaky, de Buda-Pesth ; Léon Lefort, de Paris, et autres. — *Chirurgie et médecine militaires*. Président: Henry H. Smith, de Philadelphie. — Communications par les docteurs Staples, de l'armée anglaise; Morse K. Taylor, de l'armée américaine, et autres. — *Obstétrique*. Président: De Laskie Miller, de Chicago. — Communications par les docteurs Ehrendorfer, d'Innsbruck; Sanger, de Leipzig; Lusk, de New York, et autres. — *Gynécologie*. Président: H. O. Marcy, de Boston. — Communications par les docteurs H. Marion Sims, de New-York; Cordes, de Genève; Apostoli, de Paris; Thornton, de Londres; Graily Hewitt, de Londres; Vulliet, de Genève; Bozoman, de New-York ; Meyer, de Copenhague, et autres. — *Thérapeutique et matières médicales*. Président : Fraill Green, d'Easton. — Communications par les docteurs Grouke, de Berlin; Hirschfeld, de Paris; Thomas R. Fraser, d'Edimbourg; Dujardin-Beaumetz, de Paris; Douglass Graham, de Boston, et autres. — *Anatomie*. Président : Wm H. Pancoast, de Philadelphie. — Communications par les docteurs Reginald Harrison, de Liverpool ; E. Frohmann, de Iéna ; E. C. Spitzka, de New-York; A. L. Kanney, de New-York ; Lewis H. Sayre, de New-York, et autres.— *Physiologie*. Président: John H. Callender, de Nashville. — Communications par les docteurs J. Rose Bradford, de Londres ; I. S. Latuner, de Baltimore, et autres. — *Pathologie*. Président : Alonzo B. Palmer, d'Ann Arbor. — Communications par les docteurs Kalutis, d'Alexandrie ; Charles W. Earle, de Chicago, et autres. — *Maladies des enfants*. Président: J. Lewis Smith, de New-York. — Communications par les docteurs Lewis A. Sayre, de New-York : James T. Goodhart, de Londres ; E. Bouchut, de Paris ; Jules Simon et Grancher, de Paris ; Moncorvo, de Rio-de-Janeiro ; d'Epine, de Genève ; Vogel, de Munich, et autres. — *Ophthalmologie*. Président: J. J. Chisholm, de Baltimore. Communications par les docteurs Mooren, de Dusseldorf; Ole Bull, de Christiana; Guyet, de Lyon; Galezowski, de Paris ; Landolt, de Paris ; Hirschberg, de Berlin : Abadie, de Paris, et autres. — *Laryngologie*. Président : W. H. Daly, de Pittsburg. — *Dermatologie et syphilis*. Président : A. K. Robinson, de New-York. — *Hygiène*. Président : Joseph Jones, de la Nouvelle-Orléans. — *Climatologie*. Président : Albert L. Gihon, directeur médical de la marine des Etats-Unis. — *Médecine, physiologie et maladies nerveuses*. Président : J. B. Andrews, de Buffalo. — *Chirurgie dentaire et otologie*. Président : Jonathan Taft, de Cincinnati.

Le 5 septembre 1887, le neuvième Congrès International de Médecine et de Chirurgie a été inauguré par le Président des Etats-Unis, M. GROVER CLEVELAND.

Longtemps avant onze heures, la vaste salle du théâtre

(1) D'après des épreuves [illegible] à l'obligeance du *Medical Record*, de New-York.

(1) Presque tous les [illegible] de Paris [illegible] au Congrès [illegible] par le *Medical Record*.

d'Albaugh regorgeait de monde. Grand nombre de dames avaient tenu à honorer de leur présence une solennité aussi importante. A onze heures juste, le Président, accompagné du chef du Cabinet, M. Bayard, et du Président de la Chambre, M. Carlisle monta sur l'estrade. Dès que les applaudissements chaleureux qui accompagnèrent son entrée se furent calmés, il se leva, et en quelques paroles très simples, annonça l'ouverture du Congrès.

L'on passa ensuite à l'élection des divers membres du Bureau : le Dr Nathan Smith Davis, de Chicago, fut élu président; le docteur John B. Hamilton, inspecteur général du service hospitalier de la marine des Etats-Unis, secrétaire-général ; les docteurs Atkinson, Harrison et Bangs, secrétaires-adjoints : le docteur E. S. J. Arnold, trésorier, etc., etc.

Après la lecture du programme des fêtes qui ont eu lieu à l'occasion du Congrès, M. BAYARD prit la parole. Il souhaita la bienvenue aux représentants des nations étrangères dans un discours élégant et sincère, leur rappelant que le peuple américain, tout absorbé qu'il est par cette activité politique et commerciale qui lui donne son cachet, sait apprécier la valeur des hommes qui ont bien voulu consacrer leur vie à l'étude d'une science qui leur donne le pouvoir de soulager les souffrances d'autrui, et que ce peuple est fier de leur offrir l'hospitalité.

M. le professeur LE FORT répondit au nom de ses collègues français, M. l'inspecteur général Wm Harris Lloyd au nom de la Grande-Bretagne, M. le Dr P. G. Unna au nom de l'Allemagne, M. le sénateur Semmola au nom de l'Italie et M. le Dr Charles Reyher au nom de la Russie.

Puis M. le président DAVIS prononça son discours d'inauguration. Après avoir fait, en termes émus, l'éloge du professeur Austin Flint, mort l'année dernière, il démontre dans une argumentation serrée les nombreux avantages qui proviennent d'association et de congrès scientifiques.

Ensuite la séance générale a été levée et les travaux spéciaux à chaque section commencèrent dans leurs locaux respectifs. — On a remarqué qu'aux Congrès de Copenhague et d'Amsterdam, il ne s'était point trouvé une assemblée aussi nombreuse de collègues distingués.

NOTA. — Il s'est passé un incident regrettable entre le sénateur Semmola et le professeur Durante. Ce dernier devait répondre officiellement au discours de M. Bayard : sans qu'il en fût avisé, M. le sénateur Semmola lui a été substitué. Très froissé, le professeur de Rome aurait envoyé sa démission comme membre du Congrès au secrétaire-général ; l'on a prétendu du reste à tort qu'il aurait de suite quitté Washington.

Séances de l'après-midi du lundi 5 septembre.

(1re *journée.*)

Section d'anatomie.

Président : MM. le Dr William H. PANCOAST (de Philadelphie). — Secrétaires : MM. les Drs John J. Berry (de Portsmouth), William C. Wile (de Danbury) et Ch. Rémy (de Paris).

L'allocution du président a été remise au lendemain.

La première communication a été faite par le Dr J.-M. MATTHEWS (de Louisville) sur l'*Anatomie du rectum et ses relations avec les actes réflexes.* Après avoir donné les relations anatomiques de la région, il a fait remarquer que l'on n'attribuait en général pas assez d'importance aux réflexes qui en partent rappelant combien il est difficile d'anesthésier complètement le rectum et les organes environnants. Il considéra ensuite la question de la constipation, qui peut en elle-même produire des phénomènes nerveux multiples, et qui sont allés, dans une de ses observations, jusqu'à simuler l'ataxie locomotrice. Il insiste sur l'importance d'un examen consciencieux du rectum dans certains cas de constipation.

M. le Dr GERVAIS (de Belgique) demande si les injections d'acide phénique se font pour les hémorroïdes internes aussi bien que pour les hémorrhoïdes externes.

M. le Dr SCHAEFER dit avoir vu des cas de douleur intolérable du périnée soulagés instantanément par la guérison de la constipation.

M. le Dr WILE rapporte un cas de démence causé par des hémorrhoïdes et guéri par leur ablation.

M. le Dr STRONG, de Chicago, n'a pu guérir une blennorrhagie tenace qu'après avoir opéré son malade des hémorrhoïdes dont il souffrait.

M. le Dr MATTHEWS conseille l'emploi du bistouri dans les opérations autour du rectum et fait remarquer le danger attenant à l'injection d'acide phénique.

M. LE PRÉSIDENT décrit ensuite la sonde rectale dont il fait usage ; elle est construite de manière à suivre les courbes du rectum.

M. le Dr AMBROSE L. RANNEY (de New-York) fait une communication dont le titre est le suivant : *Existe-t-il un rapport entre les anomalies de l'appareil de la vision et la tendance soi-disant neuropathique ?* Il conclut qu'il n'y a pas de pathologie bien établie pour les désordres nerveux fonctionnels, que l'hérédité y entre pour un facteur important, et que les manifestations de la prédisposition neuropathique varient avec chaque cas individuel.

Le Dr WILLIAM C. WILE (de Danbury) lit un article intitulé : *Quelle portion de l'uréthre doit-on choisir pour pratiquer une fistule urinaire?*

La séance est levée.

Section de Dermatologie et de Syphiliographie.

Président : M. le Dr S. R. ROBINSON (de New-York), — Secrétaire : M. le Dr W.-S. Sottheil (de New-York.)

Le président, dans son discours d'ouverture, exprime les regrets que lui cause l'insuffisance de l'enseignement dermatologique aux Etats-Unis, où il n'existe, à vrai dire, aucune école de maladies de la peau. Les travaux originaux que produisent les Etats-Unis dans cette branche sont extrêmement restreints.

M. le Dr WILLIAM WELCH (de Philadelphie) fait une communication sur *la vaccination pendant la période d'incubation de la variole.* Pratiquée à cette période de la maladie, la vaccination lui a donné des résultats fort satisfaisants. La vaccine ne commence à agir que lorsque l'auréole est formée autour des vésicules. Il n'approuve point l'emploi du vaccin animal.

M. le Dr ROGERS PARKER dit que dans les grandes villes d'Angleterre l'on se sert de vaccin humain.

MM. les Drs CUNDELL JULER, GOTTHEIL, KELLER, YEAMANS et LATHROP prennent part à la discussion.

M. le Dr J.-V. SHOEMAKER (de Philadelphie) fait une communication sur l'*alimentation rectale dans les maladies de la peau.* Dans les affections de la peau situées autour de la bouche ou causées par des désordres du tube digestif, cette méthode rend d'immenses services. L'administration de médicaments par le rectum est souvent indiquée : préparations mercurielles dans les syphilides, huile de ricin et glycérine dans l'urticaire, arsénic et antimoine dans le psoriasis, etc.

MM. les Drs H.-G. UNNA (de Hambourg) et KLOTZ s'accordent avec l'auteur.

M. le Dr H. KLOTZ (de New-York) fait une communication sur l'*ulcère résultant de la gangrène spontanée de la peau, dans la syphilis tardive, et sa relation à la syphilis.* Son apparition est due souvent à une artérite ; il diffère alors absolument de la gomme syphilitique suppurée.

Section de médecine.

Président : M. le Dr A. B. ARNOLD (de Baltimore). — Secrétaires : MM. les Drs W. T. WAUGH (de Philadelphie) et J. W. CHAMBERS (de Baltimore).

M. LE PRÉSIDENT, dans son discours sur *la pratique de la médecine de nos jours*, remarque à quelle précision est arrivé le diagnostic médical et rappelle les résultats merveilleux qu'a donnés l'expérimentation en pharmocologie. Pourtant il condamne toute médication non raisonnée et recommande de ne pas oublier les mesures hygiéniques, qui à elles seules constituent souvent des agents curatifs. La thérapeutique a dû céder le pas à la pathologie, la chirurgie moderne a étendu son domaine aux dépens de la médecine, et toutefois le traitement symptomatique des maladies conserve encore sa valeur. Ce que nous devons rechercher, c'est la méthode suivant laquelle la nature exerce son influence curative ; nous pourrions alors essayer de l'imiter.

M. le Dr IGNACIO ALVARADO (du Mexique) fait une communication sur *la pathogénie de la fièvre jaune.* Il attribue la maladie à la présence d'un microbe, qui donnerait naissance à du phosphate acide de soude ou à de l'acide phospho-glycérinique.

M. le Pr WALTER B. GEIKE (de Toronto) lit un article sur *la pneumonie au Canada.* Il s'ensuit une discussion fort animée à laquelle prennent part les professeurs OUCHTERLONG et SOTT, et les Drs DIDAMA, LEISTER et STEWART.

Section de chirurgie.

Président : M. W. J. BRIGGS.— Secrétaires : M. A. H. WILSON et D. P. ALLEN.

M. LE PRÉSIDENT ouvre la séance en souhaitant une cordiale bienvenue aux étrangers. La chirurgie scientifique, dit-il, est en pleine activité et elle avance à pas de géant. Il compare le passé, quand la chirurgie craignait avant tout d'ouvrir la cavité péritonéale, au présent, dans lequel, grâce à l'antisepsie, on opère avec hardiesse et avec succès.

M. le Dr C. J. PARKES (de Chicago) lit un article intitulé : *Contribution à l'étude des plaies de l'intestin par les armes à feu.* Avant 1885, il n'a pu trouver que cinq observations de recherches lors de plaies de l'intestin, dans le but d'y remédier par une intervention méthodique. Depuis lors il existe trente-six observations avec neuf guérisons. L'expérience seule pourra donner les indications exactes qui justifient l'opération. Il faut prendre en considération le volume et la forme de la balle, la distance qu'a parcourue le projectile et la nature de l'arme. Lorsqu'il existe une plaie d'entrée et une plaie de sortie, l'on peut juger approximativement quels sont les organes blessés ; mais comment apprécier quelle est la portion des anses intestinales qui a souffert ? Lorsque le diaphragme est lésé, on ne peut guère conserver d'espoir. L'auteur énumère ensuite les symptômes qui permettent de porter le diagnostic de perforation intestinale. Lorsqu'il existe une tuméfaction localisée de la paroi abdominale, elle est causée, en général, par une hémorrhagie intra-pariétale, et la cavité abdominale n'est pas ouverte. Des vomissements prolongés constituent un symptôme plus grave que le choc et la température. L'examen anatomique a démontré maintes fois qu'une opération fort simple sauvait la vie du patient. La néphrotomie doit se faire lorsque le rein est blessé, la splénotomie lorsque la rate est atteinte. L'auteur recommande l'incision exploratrice médiane et l'emploi de la suture continue au fil de soie.

M. le Dr N. SENN fait une communication intitulée : *Contribution à la chirurgie expérimentale de l'intestin.* L'auteur préfère la suture des anses intestinales à leur résection.

(*A suivre*).

Nous lisons dans le *Britisch medical Journal* l'appréciation suivante sur le Congrès de Washington :

Quant au fond et à la forme des communications du Congrès de Washington, cela a été ceux de tous les Congrès, des généralités pour la plupart. Mais on ne peut que regretter que l'absence presque totale de discussion sur les sujets qui touchent aux relations internationales des différentes Ecoles de médecine et d'enseignement. Si les travaux de Ziemssen, de Trousseau et de Graves ont la même valeur dans les différentes traductions, si les travaux des pharmacologistes de tous les pays sont acceptés avec la même faveur par les étudiants de toutes les écoles, il serait à désirer, ce qui est d'ailleurs possible, qu'on composât une pharmacopée officielle pour le monde civilisé, remplaçant les formules courantes à Paris, Berlin, Vienne, etc.,

MM. le sénateur Bayard et le Président, dans leurs discours de bienvenue et d'ouverture, ont donné une note fausse en insistant auprès du Congrès sur les avantages que la médecine avait retirés aux Etats-Unis de la complète liberté, ou plutôt de la licence que l'Etat accorde dans cette République. Le public ne peut distinguer entre le praticien intelligent et instruit et le charlatan, quand tous deux peuvent prendre les mêmes titres et occuper la même place aux yeux de la loi. N'est-ce pas un devoir sacré pour l'État de protéger ses sujets des hypocrites et des impudents ?

Aussi, c'est notre avis du moins, voudrions-nous qu'on assurât des droits égaux aux diplômés reconnus dans chaque pays, lorsqu'il y a égalité de titre en fait. Car il serait dangereux d'admettre des praticiens venant d'un pays où il n'y a aucun souci du titre à une position égale à celle des compatriotes qui ont étudié avec soin et ont des témoignages sérieux de professeurs de médecine.

Nous pensons que le Président s'est placé à un point de vue étroit en proclamant que le Congrès a deux buts principaux : des recherches collectives et un accroissement de connaissances par de mutuelles communications et comparaisons. Avec les moyens d'informations actuels, il n'y a guère besoin d'une telle organisation. Il pourrait bien arriver que les plus pratiques défenseurs des Congrès commencent à dire : « *Cui bono* ? »

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE : 55e SESSION

M. Thomas CROWFORD, directeur général du service médical de l'armée fait un discours sur la « *Devolution and Evolution.* » Il cherche les moyens sanitaires à employer pour améliorer la race humaine et prolonger la durée moyenne de la vie. Il rappelle que des associations se sont formées pour répandre dans les grands centres populaires les préceptes de l'hygiène ; mais, malgré tous les efforts tentés pour modifier l'état de santé des classes inférieures de la Société, celles-ci sont dans un état de déchéance qui s'accroit constamment. C'est ainsi que de 1860 à 1864, sur 32,324 hommes qui ont été examinés par les chirurgiens de l'armée, il y a eu par an 6,465 hommes reconnus bons pour le service, c'est-à-dire 371,65 pour 1000 d'impropres. Dans une même période de quatre ans, de 1882 à 1886, 132,563 hommes ont donné une moyenne de 415 exempts pour 1000. Il faut remarquer qu'en Angleterre, ce sont les classes inférieures de la société qui fournissent le plus d'individus au recrutement : il y a, par conséquent, depuis trente-cinq ans une grande déchéance de ces classes. Les affections qui ont donné lieu au plus grand nombre d'exemptions sont : les maladies des yeux et des paupières, les affections du cœur, des vaisseaux (varices, varicocèle), les maladies des extrémités (fractures, luxations, malformations), enfin, la débilité constitutionnelle, le défaut de taille, l'insuffisance de poids et les diathèses, surtout la syphilis.

Il faut remarquer que, parmi les individus refusés au recrutement, les citadins l'emportent sur les paysans et, si l'on cherche les causes d'accroissement des déchus, on voit que le nombre des habitants des villes augmente constamment au détriment de la campagne, grâce aux progrès de l'industrie et du commerce qui attirent les gens dans les grands centres manufacturiers. Ceux-ci, par conséquent, présentent un rapide accroissement de la population et, dans ce milieu, les immigrés, outre les excès de tabac et de boisson auxquels ils se livrent, rencontrent un air vicié, une eau malsaine et des terrains encombrés de détritus putrides. Si l'on ajoute à cela le manque d'exercice, on voit que la déchéance de la race s'explique d'elle-même. M. Crowford fait également la part de la contagion dans les causes de dévolution et il conclut en demandant que l'on assainisse les villes, qu'on y établisse des gymnases ; qu'en un mot, on respecte les préceptes de la propreté et de l'hygiène, de manière toutefois à causer le moins d'ennuis possible et le plus d'avantages à chaque individu.

M. THORNEYHORNE, à propos d'un cas de *Choléra* déclaré en mer, s'élève contre les quarantaines qu'il considère, non seulement comme une mesure vexatoire, inhumaine et inutile, mais comme encore nuisible : Elles donnent aux populations une fausse sécurité, en leur faisant croire qu'elles sont entourées d'un cordon sanitaire infranchissable pour les maladies ; aussi refusent-elles de dépenser leur argent en mesures préventives qui seraient d'une bien plus grande efficacité. Il est d'ailleurs à remarquer que les nations qui ont établi le système quarantennaire sont celles où les mesures hygiéniques sont le plus négligées, et, par conséquent, celles où le choléra fait de plus fréquentes invasions.

M. Thomas WRIGLEY GRIMSCHAN fait un discours sur la statistique mortuaire de Dublin pendant les trois dernières années.

M. CHARTON fait une communication sur l'hygiène des plombiers.

M. Edgar FLINN étudie le développement des stations thermales en Irlande.

M. le professeur HAMILTON fait un intéressant discours sur l'*antisepsie et la résistance des tissus*. On peut définir l'antisepsie par l'ensemble des moyens propres à détruire les germes de putréfaction contenus dans l'air. Mais la théorie qui attribue tout phénomène putride à ces germes n'est pas admise dans son intégrité par M. Hamilton qui reconnaît d'autres causes d'inflammation, de suppuration et d'infection. Il montre en effet qu'un ovariotomiste peut nettoyer sans aucun accident un péritoine avec une eau contenant jusqu'à trente espèces de germes et de spores. Pour lui donc, le rôle des microbes dans la production des inflammations infectieuses n'est pas encore prouvé, aussi n'est-ce pas à leur destruction qu'il faut s'attacher, mais bien à n'importe quel procédé assurant la propreté chirurgicale. Les ferments, en effet, se développent très bien dans les liquides des histo-pathologistes, mais l'économie est loin d'être un bouillon de culture et par conséquent n'est pas toujours aussi propre à leur évolution. On pourra donc combattre l'infection d'une façon tout aussi efficace que par la méthode germicide, en rendant la surface des plaies impropre à la culture des micro-organismes. Si l'on dépose des microbes sur une plaque de métal très propre, ils meurent d'inanition ; de même ils ne pourront exister sur une surface vivante saine, tandis que dans une matière organique morte ou présentant des troubles dans sa vitalité ils deviendront une cause redoutable d'infection.

Une bonne antisepsie doit donc remplir deux conditions : destruction des miasmes et préparation du terrain. Une seule de ces conditions peut suffire et M. Hamilton trouve que l'on rend autant de services au malade en le rendant impropre à la culture des microbes qu'en tuant ces derniers. A l'appui de sa théorie, il cite le fait suivant tiré de sa pratique : au lieu d'inciser les abcès et de les laver avec une solution antiseptique, il y fait une injection de chlorure de zinc qui amène la guérison. Or, d'après Koch, la solution qu'il emploie n'est pas germicide et par conséquent ne peut agir qu'en modifiant le terrain.

M. GASQUET fait une allocution sur la *psychologie de la folie*. D'après lui, on a admis trop facilement des relations de cause à effet entre le cerveau et l'esprit; ceci a conduit à oublier que la démence était susceptible d'un traitement moral dont M. Gasquet prône l'importance. Il n'admet pas que la folie soit exclusivement un symptôme d'une affection cérébrale et il croit que c'est à tort que l'on ne tient pas compte du point de vue psychologique. Il ne faut pas trop considérer comme démontré que le cerveau est l'organe créateur de la pensée et les lésions de l'encéphale trouvées à la mort des déments ne nous donnent pas la solution des problèmes que nous cherchons. M. Gasquet veut donc qu'à côté de l'anatomie pathologique de la folie, on en fasse la métaphysique et qu'à côté de son traitement physique, on n'oublie pas son traitement moral.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 septembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. HERVÉ-MANGON.

M. MAREY communique les résultats de ses *recherches sur la morphologie des muscles*. Le travail qu'un muscle peut produire est, on le sait, proportionnel au volume ou au poids de sa fibre rouge, tandis que les deux facteurs de ce travail, l'effort et le chemin, sont proportionnels l'un à la section, l'autre à la longueur des faisceaux contractiles; le tendon n'est qu'un organe de transmission du travail. M. Marey s'est demandé si l'harmonie parfaite qui existe entre la forme d'un muscle et les conditions mécaniques de son travail est préétablie dans les plans de la nature ou bien si elle est engendrée par la fonction elle-même; en d'autres termes, si la forme du muscle se met spontanément en harmonie avec les nécessités de sa fonction. Le grossissement des muscles chez les athlètes, l'allongement des tendons et le raccourcissement de la fibre rouge chez les vieillards, dont les mouvements perdent graduellement de leur étendue, ont persuadé à M. Marey qu'il est possible d'accroître ou de diminuer la longueur des fibres rouges d'un muscle en augmentant ou en diminuant l'étendue des mouvements qu'elles peuvent exécuter. Déjà l'observation des jambes de certains nègres, qui n'ont pas de mollets, lui avait montré que, chez ces individus dont les gastrocnémiens sont peu développés transversalement, le calcanéum était plus allongé que chez le blanc : les gastrocnémiens du nègre agissent sur un bras de levier plus long que ceux du blanc. Les recherches expérimentales de M. Marey, faites sur des chevreaux et des lapins auxquels le calcanéum avait été réséqué, ont démontré d'autre part que, chez les animaux ainsi opérés, la longueur des muscles n'est guère que la moitié de celle du tendon. Il est donc bien prouvé que le muscle se met en harmonie avec les conditions dans lesquelles il fonctionne.

M. J. D. THOLOZAN décrit les invasions, les degrés et les formes diverses de la *peste au Caucase, en Perse, en Russie, en Turquie, depuis* 1835. Depuis sa réapparition, en 1867, sur les bords de l'Euphrate, la peste a pris une extension considérable : l'aire dans laquelle elle s'est étendue mesure en effet 1,700 kilom. de Bagdad à Merve, 1,600 kilom. de Bagdad à Hérat, 1,760 kilom. de Bassara à Astrakan. Mais partout, sauf en Mésopotamie, la maladie a été chaque fois confinée à deux ou trois villages au plus, malgré l'absence de mesures prophylactiques et restrictives. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'épidémies autochtones, prenant naissance dans une ou deux maisons, s'étendant de là, par voie de contagion secondaire, aux autres familles du village, atteignant aussi quelquefois un ou deux villages voisins, ne sortant que très rarement de ces localités et ne s'étendant pas au loin. M. Tholozan ne nie pas la possibilité du transport de la maladie à de grandes distances, mais il affirme que c'est actuellement l'origine autochtone, par foyers séparés, qui domine dans les épidémies de peste.

MM. ENGEL et KIENER étudient la formation et l'élimination de pigment ferrugineux dans *l'empoisonnement par la Toluylendiamine*, Ce poison est, au plus haut degré, un agent destructeur du globule sanguin : l'ictère et l'hémoglobinurie qu'il provoque sont les conséquences de cette action destructive. Mais un indice plus constant de cet empoisonnement, c'est la formation d'un pigment ferrugineux qui se dépose d'ordinaire dans la rate et dans la moelle des os. Dans l'empoisonnement chronique, on trouve une quantité notable de pigment dans le foie, dans le rein et dans les ganglions lymphatiques abdominaux : lorsque le fer s'accumule dans l'organisme, il est éliminé non seulement par le foie, mais encore par le rein, et il est en partie repris dans le foie par la circulation lymphatique.

MM. J. L. PREVOST et P. BINET donnent les résultats de leurs recherches expérimentales relatives à *l'action physiologique du Cytisus laburnum*. Le cytise doit être considéré comme un bon vomitif, à action centrale, agissant rapidement et mieux par injection hypodermique que par injection stomacale. A l'action vomitive se joint, à haute dose, une action paralyso-motrice, analogue à celui que produit le curare.

MM. SCRIBNER et P. VIALA décrivent une *nouvelle forme de Rot des fruits de la vigne, observée en Amérique*.

Paul LOYE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 septembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. DANION (de Paris), fait une communication sur la *non-polarisation des tissus animaux*, qu'il résume dans les conclusions suivantes: 1° Les tissus animaux sont absolument impolarisables; en d'autres termes, ces tissus sont réfractaires de la manière la plus absolue aux phénomènes d'accumulation de l'électricité, et incapables d'engendrer un électro-moteur secondaire; 2° Toutes les expériences physiologiques dans lesquelles la polarisation des tissus entre comme facteur, doivent être considérées comme nulles et non avenues; 3° Tout ce qui a été écrit

sur les courants secondaires doit être rayé de l'électrothérapie.

M. Garcin fait une communication sur le *traitement de la phthisie par les inhalations d'acide fluorhydrique.* L'auteur a soumis à ce nouveau traitement cent tuberculeux à différents degrés ; le procédé employé consiste à faire séjourner pendant une heure, tous les jours, le malade dans une cabine mesurant six mètres cubes d'air saturé d'acide fluorhydrique. Cette saturation s'obtient en faisant passer un courant d'air, à l'aide d'une pompe, dans un bocal en gutta-percha contenant 300 grammes d'eau distillée et 100 grammes d'acide fluorhydrique. Les phthisiques du 1er degré acceptent facilement 20 litres par mètre cube, ceux du 2e 15 litres, et ceux du 3e 10 litres. Les quintes de toux s'atténuent pour disparaître ; les crachats diminuent d'abondance ; les bacilles se montrent de plus en plus rares et disparaissent.

M. Hervieux fait une communication sur le *phlegmon du ligament large* et se propose de n'aborder que l'anatomie pathologique et la clinique de cette maladie. Les rares faits invoqués par M. A. Guérin n'infirment nullement la réalité du phlegmon constaté dans l'écartement des feuillets du ligament large. Cela s'explique d'autant mieux que les autopsies de ce genre portent sur des femmes atteintes de septicémie puerpérale. Cela fait, M. Hervieux décrit les deux variétés qu'il a admises, après examen cadavérique, la variété hypertrophique et la variété purulente ; celle-ci comprend deux sous-variétés. Dans l'une, le pus est à l'état de collection ; dans l'autre, il est à l'état d'infiltration. Les parties latérales de l'utérus semblent être le point de départ de l'infiltration purulente. Les deux autopsies de M. A. Guérin n'impliquent pas la négation de collections purulentes dans l'épaisseur du ligament large. — Le phlegmon du ligament large peut se propager aux parties voisines suivant trois directions différentes : vers les parois du vagin, vers la fosse iliaque interne, vers le ligament de Poupart et la paroi abdominale antérieure. Les faits rapportés par M. Hervieux mettent en évidence la relation qui existe, du moins chez les femmes en couches, entre l'intensité du phlegmon du ligament large et l'intensité de l'inflammation veineuse. A. Josias.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. Des affections cardiaques d'origine rhumatismale traitées aux Eaux d'Aix-les-Bains, par le Dr Blanc.

II. Influence des Eaux de St-Honoré sur la sécrétion urinaire (suite). — **Asthme et urticaire**, par le Dr Binet.

I. Il y a quinze ans, lorsque je débutai dans la pratique thermale, je consacrais une grande partie de mes loisirs à parcourir les innombrables brochures traitant des eaux minérales ; dans presque toutes je voyais que les affections du cœur étaient une contradiction formelle à une cure hydro-minérale. Depuis cette époque, l'opinion des médecins d'eaux ne s'est guère modifiée, et bien à tort selon nous. Assurément, vis-à-vis des cardiaques, il y a des précautions à prendre, mais les exclure « par la question préalable » des bénéfices d'une cure thermale, ce serait de la prudence exagérée ; d'autre part, les soumettre à toutes les exigences de la pratique hydriatique ce serait pécher par témérité. Aussi, c'est avec juste raison que M. Constantin Paul, dans son traité des maladies du cœur, s'élève contre l'exclusion systématique dont on voudrait frapper les cardiaques : « il y a des eaux minérales, dit-il, qui sont très utiles à ces malades. » Il a vu plusieurs fois que l'hydrothérapie faite avec soin et que même l'étude ne leur était pas inutile. Comme beaucoup d'autres auteurs, M. Blanc a été frappé de cette exclusion de parti pris, aussi aujourd'hui sa conviction est faite : « Malgré un état assez avancé de la maladie du cœur, quand il n'y a pas d'athérome et que l'affection est franchement de nature rhumatismale, je ne crains pas de prescrire une cure thermale qui aura pour avantage de guérir ou d'améliorer le rhumatisme et de diminuer les complications soit thoraciques, soit des membres inférieurs. » Durant une période de dix-neuf ans, M. Blanc a soigné à Aix 118 cardiaques sur un nombre total de 2,692 rhumatisants ; 20 guérirent, 40 s'améliorèrent, 56 restèrent stationnaires et 2 succombèrent. Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes pour qu'on se dispense de tout commentaire.

II. Ne connaissant pas la première partie du travail de M. Binet, nous serons obligés, à notre grand regret, de donner une courte analyse de la seconde partie. Retenons cependant ceci : que sous l'influence du traitement de Saint-Honoré, la densité de l'urine, l'urée et le chlorure de sodium diminuent ; quant aux phosphates et aux sulfates, ils ne sont pas modifiés d'une manière sensible. D'où, M. Binet conclut qu'étant donné un malade, dont l'amélioration est peu marquée, mais dont l'urine présente les caractères sus-indiqués, on peut lui prédire que la guérison s'accentuerat dans la suite même après la cessation du traitement. Nous faisons toutes nos réserves au sujet de ces conclusions. J. Cornillon.

BIBLIOGRAPHIE

Saint Bartholomew's Hospital. Report; edited by W. S. Church and J. Langton. Vol. XXII, London, 1886, Smith, Elder, 15, Waterloo Place.

Ce volume s'ouvre par un article biographique de M. W. S. Church sur l'un des anciens médecins de Saint Bartholomew, Fr. John Farre, et par la réimpression des souvenirs de Harvey « Extraits du journal de l'hôpital, avec des notes de Sir James Paget. » Ces deux articles, joints au suivant, consacré à la pharmacie et à la pharmacopée de l'hôpital, contribuent à faire connaître l'histoire de l'établissement.

Voici la liste des travaux exclusivement scientifiques contenus dans le XXIIe volume : *Rapport sur le service électrothérapique*, par Steavenson ; — *Mélanges* (chorea insaniens, fièvre et coliques menstruelles, convulsions particulières des enfants, expectoration albumineuse, ataxie motrice due à un traumatisme du dos), par S. Gée ; — *De la folie avec complications sexuelles*, par T. Claye Shaw ; — *Des injections hypodermiques de strychnine dans les cas de faiblesse du cœur*, par S. H. Haberchon ; — *Hématurie paroxystique*, par W. P. Herringham ; — *De l'enseignement scientifique préliminaire à Saint-Barthélemy*, par Th. W. Shore et F. Womack ; — *Cas de quiescent phthisis*, par Ormerord ; — *Cas de maladies nerveuses périphériques*, par le même ; — *Deux cas d'anévrysmes cérébraux associés à l'endocardite*, par Percy Kidd ; — *Sur la signification du crachement du sang*, par V. D. Harris ; — *Cas de paralysie des abducteurs des cordes vocales*, par Archibald E. Garrod ; — *Observations*, par S. West ; — *Cas de chirurgie*, par G. B. Fergusson ; — *Trois observations médicales*, par J.-E. Ranking ; — *Trois cas de névrites périphériques multiples d'origine alcoolique*, par Dyce Duckworth ; — *Conséquences de la gonorrhée*, par Bruce Clarke ; — *De l'action de l'aconitine*, par T. Lauder Brunton et J. R. Cash ; — *De l'absorption des gaz par les intestins et de l'action des carminatifs sur eux*, par les mêmes ; — *Notes et cas d'ophthalmologie*, par W. H. Jessop ; — *Tumeur du palais* par S. Paget.

Ce volume d'un grand intérêt, illustré de 9 figures, est complété par une liste des nombreuses pièces ajoutées au Musée de l'hôpital pendant l'année finissant le 1er octobre 1885 par D'Arcy Power et la statistique des malades traités dans les salles de l'hôpital durant l'année 1885 par S. West et A. A. Boweby. B.

Sulla struttura della Gliandola pineale ; pel dott. Attilio Cionini (*Riv. sper. di fren.* Vol. XII, fasc. 4, p. 314.)

Les nouvelles recherches du Dr Cionini confirment les premières conclusions à savoir que : les cellules qui forment le stroma principal du conarium ne sont pas de nature nerveuse, mais conjonctives à cause de l'aspect particulier de leur ensemble, des expansions en entonnoir qui les relient aux vaisseaux et surtout du manque de prolongement nerveux. Les

fibres nerveuses manquent le plus communément dans la glande pinéale. Eu égard à la texture conjonctive (névroglie sans éléments nerveux), la glande pinéale ne peut avoir aucune importance fonctionnelle appréciable (1). J. Séglas.

VARIA

Technique dentaire. — Substances obturatrices.

Les substances employées pour l'obturation des dents, ont deux origines ; l'une végétale, l'autre minérale.

La substance d'origine végétale est la *gutta-percha,* qu'on n'emploie pas seule, à cause de sa trop grande élasticité et de la difficulté qu'on a pour la manipuler. On lui incorpore un mélange de chaux, de quartz et de feldspath. On obtient ainsi une substance parfaitement malléable et plastique, à l'état chaud, mais qui durcit en se refroidissant et offre à sa pression ou à l'essai de rupture, une résistance assez grande. Son emploi est journalier, et comme substance d'obturation temporaire, elle remplit toutes les conditions désirables. Les liquides buccaux n'ont effet sur elle qu'après un laps de temps assez long. Dans les caries, où les efforts de la mastication ne se font pas sentir, elle convient très bien quand on a affaire à des dents assez sensibles et assez atteintes pour ne pas supporter un ciment minéral. Elle est d'un emploi facile. Soluble dans le chloroforme, on peut, si l'on veut s'assurer de sa bonne adaptation à la cavité de la dent, badigeonner cette cavite avec un petit tampon imbibé de ce liquide. On chauffe ensuite un morceau de *gutta,* de la grosseur voulue, puis on l'introduit aussi chaud que possible dans l'intérieur de la dent, l'on foule avec un instrument *ad hoc,* puis on laisse refroidir, et on résèque ensuite les parties qui font saillie à l'aide d'une spatule légèrement chauffée. L'on peut, pour terminer, passer sur la surface de l'obturation ainsi faite passer un peu de chloroforme pour enlever les dernières saillies, et rendre l'adaptation plus parfaite aux bords de la cavité.

On peut chauffer la *gutta-percha,* afin de la ramollir, soit sur une plaquette de porcelaine ou de métal, soit plus simplement à la flamme d'une lampe *à alcool,* qui entre actuellement, dans l'arsenal de tout praticien. L'essentiel, est de ne pas la faire brûler en la chauffant, auquel cas, elle se désagrégerait et ne pourrait être utilisée. Avec un peu d'habitude on arrive facilement à voir le peu de temps qu'il faut, pour que la flamme la ramollisse,

Dans certains cas de carie du collet, il est préférable de l'employer au lieu et place du ciment aux sels de zinc, quand, pour une cause ou une autre, on n'a pu introduire un ciment métallique.

La *gutta-percha,* en usage dans la profession, se trouva chez tous les fournisseurs pour dentistes, et se vend sous le nom de *Pâte de Hill's,* de *Harris,* de *Caush* de *Wheile, etc., etc.,* d'origine américaine, et de *Rochard Chauvin,* d'origine française. Cette dernière coûte moitié moins que les autres, et rend d'aussi grands services. Elle est un peu plus malléable que les précédentes, aussi faut-il la chauffer à peine, car elle adhérerait trop chaude, aux fouloirs, et l'on ne pourrait que difficilement faire une obturation, il est vrai, qu'en humectant le fouloir de *glycérine* on évite cet inconvénient.

Les autres substances d'obturation, qui ont une même origine minérale, sont comprises dans deux groupes :

1° Les *ciments aux sels de zinc.*

2° Les *ciments métalliques* ou *amalgames.*

Les *ciments aux sels de zinc,* sont ordinairement connus sous les noms de leurs fabricants ou de leurs promoteurs. Chaque praticien a son ciment préféré. Ces ciments sont quelquefois très bons, mais, chez un même fabricant, on trouve des variations dans les produits. — Il y a une quinzaine d'années on usait encore du ciment à l'oxychlorure de zinc, ou ciment de Sorel. Ce ciment restait blanc, on essaya de le colorer pour le rapprocher des teintes variées des dents. Sa durée était restreinte, et il se délitait facilement. — Il fut abandonné pour l'*oxyphosphate de zinc* qui lui-même est remplacé depuis longtemps par le *pyrophosphate de zinc* qui lui est, en effet, supérieur.

Ces ciments conviennent très bien aux dents du devant de la mâchoire, d'autant plus, qu'ils se font en plusieurs nuances, et qu'il est facile d'arriver à trouver une nuance à peu près, qui ne choque pas à première vue. Toutefois, qu'une cavité n'est pas située sur une face triturante d'une dent, on les peut employer. Ils ne résistent pas suffisamment à la mastication. On peut aussi s'en servir pour les caries vestibulaires des molaires, et autres dents, à condition que la cavité ne descende pas au collet, et sous la gencive. Si bons, soient-ils, ces ciments finissent par être attaqués à la longue par les liquides buccaux, en ces endroits de la bouche. Il est du reste, plus facile de remplacer dans de meilleures conditions une obturation de gutta-percha qu'un ciment, surtout quand il s'agit de la mâchoire inférieure.

Comme pour le gutta-percha, et encore plus, que pour cette dernière, la cavité doit être parfaitement sèche, et si ces ciments durcissent dans l'eau, ou dans la salive, il ne s'ensuit pas, qu'ils doivent pour cela, adhérer à une activité dans ces conditions. Toutes les thèses sont soutenables, paraît il, puisqu'on lit dans un livre didactique, qu'on peut impunément faire des aurifications sous la salive sans compromettre le résultat final du travail, tandis qu'il est enseigné partout, et qu'il est universellement reconnu, que la moindre trace d'humidité dans une aurification, fait perdre tout le bénéfice du travail ainsi terminé. La preuve en est, au formidable stock d'instruments et appareils inventés pour empêcher la salive du patient de venir baigner le champ opératoire du praticien.

Les ciments aux sels de zinc, ne sont pas livrés prêts à être introduits dans la dent. On achète deux flacons. Dans l'un se trouve la base, et dans l'autre l'acide. La base est à l'état pulvérulent, impalpable ; l'acide est à l'état liquide, incolore et doit avoir la consistance de la glycérine. Pour composer le sel, on doit s'abstenir de tout instrument d'acier.

Lorsqu'on est prêt à faire l'obturation, on met sur une lame de verre, de porcelaine, ou simplement dans un godet, une quantité de poudre jugée nécessaire, puis, on verse à côté une ou plusieurs gouttes de liquide suivant le cas. Avec une spatule *d'ivoire* ou *d'os,* on malaxe le tout, jusqu'à consistance d'une pâte. Quand celle-ci est à l'état de mastic de vitrier, avec une spatule en platine dont l'autre extrémité du manche est terminée par un fouloir aussi en platine, on prend un fragment de cette pâte, qu'on introduit dans la cavité, on tasse d'un côté, on introduit un second fragment et de nouveau avec le fouloir on tasse d'un autre côté, afin que la substance soit bien adhérente aux parois de la cavité. On introdutt ensuite d'autres fragments dans le centre, en foulant toujours, jusqu'à ce que la cavité soit parfaitement remplie. On laisse durcir puis, on resèque, et on brunit ou polit avec la spatule, ou bien avec le ruban en silex dont il a été question, si l'obturation se trouve sur les faces contiguës des dents, où avec un morceau de bois chargé de fin silex, si la cavité se trouve en des endroits plus abordables. Comme ces ciments durcissent très vite, il faut se hâter dans l'opération, sans cela, les différents fragments, n'auraient entre eux aucune cohésion, et l'obturation serait défectueuse.

Les *Ciments métalliques* ou *Amalgames,* ainsi nommés parce qu'il entre du *Mercure* dans leur composition, sont, comme les précédents connus sous le nom de leurs promoteurs.

Beaucoup d'entre eux sont bons, très bons memes. Il faut cependant donner la préférence, à ceux qui offrent le moins de retrait, d'abord, et qui conservent leur teinte métal blanc, après leur emploi, dans la bouche. Ceux qui contiennent une certaine quantité d'or, doivent être mis en première ligne. Il y en a d'autres, qui contiennent du cuivre, dont le retrait est très rapide, et qui donnent d'excellentes obturations, mais qu'on emploie qu'avec discrétion car les dents ainsi obturées prennent une teinte noirâtre.

Voici quels sont les métaux employés dans les amalgames.

(1) Voir à propos des nouvelles découvertes sur la glande pinéale, la thèse de M. le Dr Peytoureau : *Le troisième œil des vertébrés et ses rapports avec la glande pinéale* (Bordeaux, 1887). Nous publierons bientot une revue critique sur cette intéressante question (Marc. B.).

Ils doivent être comme le mercure employé, *chimiquement purs*.

Platine	Etain	Cadmium
Or	Cuivre	
Argent	Palladium	

Avec ce petit nombre de métaux, il s'est fait de nombreuses formules qu'il n'est pas nécessaire d'énumérer.

Pour faire un amalgame, on met dans un mortier, ou dans le creux de sa main une quantité de limaille en rapport avec la cavité à remplir. [Ces amalgames se vendent en flacons, ou en paquets sous forme de limaille.] Puis, avec une bouteille en buis ou en ivoire dont l'extrémité supérieure est percée d'un orifice filiforme, et qui contient du mercure purifié, on projette sur cette limaille quelques globules de celui-ci. On malaxe le tout avec le pouce de la main libre, jusqu'à consistance de pâte. Si la pâte est trop molle on ajoute un peu de limaille afin d'utiliser le mercure en trop. Avant d'introduire le métal ainsi préparé, dans une cavité, on le peut au préalable, le presser dans une peau de chamois, ou un linge fort entre les doigts, ou avec une pince plate, de manière à exprimer le mercure qui ne serait pas à l'état de combinaison. D'aucuns ne prennent pas cette peine et tassent directement le métal dans la dent. On introduit par petits fragments, avec une pince, l'amalgame, on tasse avec un fouloir en acier, du centre à la périphérie [avec des fouloirs à *pans* au lieu d'être cylindriques;] jusqu'au niveau de la cavité. En tassant ainsi, le mercure qui ne se trouve pas à l'état de combinaison, vient à la surface de l'obturation, et il est facile ensuite de l'absorber avec un tampon de ouate. On peut encore, avec une feuille d'étain absorber le surplus, en la brunissant avec un instrument *ad hoc*, sur l'obturation. L'étain s'amalgame et la surface d'obturation se durcit. Pour rendre ensuite la teinte métallique à l'obturation on passe à plusieurs reprises dessus, un tampon de ouate imbibé d'alcool, puis on brunit enfin directement l'amalgame.

Les fouloirs dont on se sert sont en acier. Ils peuvent avoir la forme bayonnette, ou être recourbés à angle droit sur leur manche. Les manches peuvent être en acier comme le fouloir ou en toute autre substance, ivoire, bois, etc., etc., caoutchouc vulcanisé, etc., etc. On peut toujours porter facilement l'amalgame avec une pince, dans une cavité. On a pour cela un instrument appelé *Porte-amalgame*. La partie active de cet instrument est composée d'un cylindre creux en métal dans lequel passe à frottement doux l'extrémité d'un fouloir. Le cylindre est maintenu par un ressort à boudin en acier qui s'enroule sur le fouloir jusqu'à un épaulement qui l'empêche de glisser. A l'état de détente du ressort, le fouloir occupe les deux tiers de la longueur du cylindre, quant au contraire il y a pression sur le ressort, le fouloir ne fait saillie qu'environ d'un quart de la longueur.

Pour s'en servir, on charge le cylindre en l'appliquant directement sans trop d'effort sur l'amalgame dont il enlève un fragment à la façon d'un emporte-pièce. L'on porte ensuite dans la cavité en poussant fortement le fouloir sans brusquerie. Le métal se trouve ainsi fixé. On répète cette opération plusieurs fois de suite, en ayant soin de tasser avec les fouloirs ordinaires entre chaque manœuvre.

Les porte-amalgames sont droits ou coudés sous divers angles. Ces instruments sont en acier, manche compris.

Les brunissoirs dont il est parlé sont aussi des instruments en acier, manche au gré de l'opérateur, le brunissoir béquille est le plus pratique.

Il n'a point été question d'une substance très employée dans l'obturation des dents : l'*or*. C'est un métal que beaucoup de praticiens emploient avec plus ou moins de succès. Le manuel opératoire d'une bonne aurification est assez compliqué, l'opération est longue, mais un travail bien fait avec l'or est le *nec plus ultra de l'obturation*. (*A suivre*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

Cliniques, Cours et Exercices pratiques.

(Rentrée le 3 novembre 1887)

Cliniques. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique médicale : M. Spillmann, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale : M. Heydenreich, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique obstétricale : M. Herrgott, professeur, à la Maison de Secours 4e et 5e années. — Clinique ophthalmologique : M. Rohmer, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années. — Clinique des maladies des vieillards : M. Demange, agrégé, à l'hôpital Saint-Julien, 4e et 5e années. — Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Schmitt, agrégé à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des enfants : M. Simon, agrégé, à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des maladies mentales : M. Langlois, chargé de cours, à l'hospice de Maréville, 4e et 5e années.

Semestre d'hiver. — *Cours*. Physique médicale : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Chimie médicale : M. Garnier, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Histoire naturelle médicale : M. Macé, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Anatomie descriptive : M. Lallement, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Histologie : M. Baraban, agrégé, à l'amphitheâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie externe : M. Weiss, professeur à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie interne : M. Hecht, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années. — Thérapeutique : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années. — Accouchements : M. Rémy, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique : M. Charpentier, professeur, au laboratoire de physique, 1re année. — Conférences sur l'optique : M. Bagnéris, agrégé, au laboratoire de physique, 1re année. — Manipulations chimiques : M. Garnier, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Conférences de chimie analytique et biologique : M. Guérin agrégé, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Histoire naturelle et botanique : M. Macé, agrégé, au laboratoire d'histoire naturelle, 1re année. — Conférences de bactériologie : M. Macé, agrégé, au laboratoire d'histoire naturelle, 3e et 4e années. — Dissections : M. Lallement, professeur, à la salle de dissection 2e et 3e années. — Conférences d'anatomie : M. Nicolas, agrégé. — Conférences de physiologie : M. René, agrégé. — Histologie : M. Baraban, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 4e et 5e années. — Autopsies médico-légales : Tourdes, professeur, — Conférences d'hygiène : M. Poincaré, professeur, au laboratoire d'hygiène, 4e et 5e années. — Conférences de pathologie interne : M. Parisot, agrégé, à l'hôpital civil, 2e année. — Conférences de diagnostic médical : Schmitt, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années. — Bandages et appareils : M. Vautrin, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années.

Semestre d'été. — *Cours*. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Physique médicale : M. Bagnéris, agrégé, à l'amphithéâtre de physique. 1re année. — Chimie médicale : M. Garnier, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Histoire naturelle médicale : M. Macé, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Physiologie : M. Beaunis, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie. 2e et 3e années. — Anatomie et physiologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie pathologique, 3e et 4e années. — Médecine opératoire : M. Chrétien, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années. — Hygiène : M. Poincaré, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 4e et 5e années. — Maladies des yeux : Rohmer, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Conférences analytiques de chimie biologique et manipulations : M. Garnier, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Histoire naturelle médicale. Herborisations : M. Macé, agrégé, au laboratoire de botanique. 1re année. — Histologie normale : M. Baraban, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Physiologie expérimentale : M. Beaunis, professeur, et M. René, agrégé, au laboratoire de physiologie expérimentale, 2e et 3e années. — Autopsies, anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 3e et 4e années. — Exercices pratiques de médecine opératoire : M. Nicolas, agrégé, au laboratoire d'anatomie, 4e et 5e années. — Conférences et interrogations de thérapeutique : M. Coze, professeur, au laboratoire de thérapeutique, 4e et 5e années. — Conférences de médecine légale. Autopsies : M. Tourdes, professeur, au laboratoire de médecine légale 4e et 5e années. — Conférences de diagnostic médical : M. Schmitt, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années. — Conférences de pathologie générale : M. Simon, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 2e et 3e années. — Conférences de pathologie interne, M. Parisot, agrégé, à l'amphithéâtre des cours 2e et 3e

années. — Bandages et appareils : M. VAUTRIN, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années.— Exercices pratiques d'obstétrique, M. RÉMY, agrégé, à la Maison de Secours, 4e et 5e années.

Dispositions réglementaires.

Aux termes du décret du 20 juin 1878, les études pour obtenir le diplôme de doctorat en médecine durent quatre années, pendant lesquelles les étudiants prennent 16 inscriptions. Ces inscriptions sont du prix de 30 fr., (loi du 26 février 1887); des remises de droit peuvent être accordées dans la proportion du dixième du nombre des élèves inscrits (décret et arrêté du 31 mars 1887). Chaque inscription donne lieu à un droit de bibliothèque de 2 fr. 50 et à un droit de travaux pratiques, qui est de 15 fr. en première année, de 10 fr. en deuxième et troisième années, et de 5 fr. en quatrième année.

Les *aspirants au Doctorat* sont tenus de produire, en prenant leur 1re inscription : 1° les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint (ou les certificats d'admission à ces diplômes); 2° un extrait de leur acte de naissance ; 3° un certificat de bonne vie et mœurs ; 4° le consentement de leurs parents ou tuteurs les autorisant à suivre les études médicales. Ils ont à subir cinq examens probatoires, dont les 2e, 3e et 5e sont divisés en deux parties, et à soutenir une thèse. Les cinq examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen.—Physique, chimie, histoire naturelle médicale.
Deuxième examen. — 1re partie : Anatomie et histologie, avec une épreuve pratique de dissection, qui est éliminatoire ; 2e partie : Physiologie.
Troisième examen. — 1re partie : Pathologie externe, accouchement, médecine opératoire, avec une épreuve pratique éliminatoire ; 2e partie : Pathologie interne, pathologie générale.
Quatrième examen. — Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.
Cinquième examen. — 1re partie : Clinique externe et obstétricale ; 2e partie : Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.
Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve, dont les droits sont de 240 fr., sur un sujet de leur choix.

Le 1er examen est subi après la 4e inscription et avant la 5e. La 1re partie du 2e examen, après la 11e inscription et avant la 12e, et la 2e partie après la 12e inscription et avant la 14e. Les autres examens ne peuvent être passés qu'après l'expiration du 16e trimestre d'études. Ils se subissent successivement et sans délai obligatoire.

Tout candidat qui n'aura pas subi le 1er examen, en novembre au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription dans le cours de cette année.

Un droit de 55 fr. est versé pour chacune des épreuves. Le candidat ajourné à une épreuve perd 30 fr.; il lui est remboursé 25 fr. Le délai d'ajournement est de 3 mois.

Aux termes du décret du 1er aout 1883, les *aspirants au titre d'officier de santé* font quatre années d'études, pendant lesquelles ils prennent 16 inscriptions trimestrielles, dont chacune donne lieu aux droits de bibliothèque et de travaux pratiques exigés des aspirants au Doctorat.

En prenant leur première inscription, les candidats au grade d'officier de santé doivent, à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, ou du certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement spécial. Ils sont tenus de produire, en outre, les mêmes pièces que les aspirants au Doctorat.

A la fin de chacune des trois premières années, ils subissent un examen, dont les droits sont de 30 fr., sur les matières suivantes :

Examen de 1re année : Physique, chimie, histoire naturelle et premiers éléments d'anatomie (ostéologie et arthrologie).
Examen de 2e année : Anatomie descriptive et physiologie.
Examen de 3e année : Pathologie interne et pathologie externe.

Le candidat ajourné à l'examen de fin d'année peut se représenter de nouveau au mois de novembre suivant ; s'il échoue à cette dernière session, il est renvoyé à la fin de l'année suivante, et le cours de ses inscriptions est suspendu.

Les examens définitifs sont au nombre de trois et ne peuvent être subis qu'après la 16e inscription, devant la Faculté ou l'Ecole dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer.

Le 1er examen définitif, dont les droits sont de [illegible] fr., comprend l'anatomie la physiologie et une épreuve de dissection éliminatoire.

Le 2e examen définitif, dont les droits sont de 110 fr., comprend la pathologie interne, la pathologie externe, la thérapeutique la matière médicale et une épreuve pratique de médecine opératoire, éliminatoire.

Le 3e examen définitif, dont les droits sont de 210 fr., comprend la clinique interne, la clinique externe et la clinique d'accouchements.

Les cours de la Faculté, les exercices pratiques, le stage dans les hopitaux, sont obligatoires, dans les conditions indiquées par les règlements.

Des prix sont décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire entre les aspirants au Doctorat. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleures thèses. Un prix, dit d'internat, fondé par le Dr Bénit, est donné par concours aux élèves aides de clinique et internes. Des concours sont ouverts chaque année pour des places rétribuées d'aides et de préparateurs dans les différents laboratoires, dans le service d'anatomie, ainsi que dans les hôpitaux. — Les parents ou tuteurs seront tenus au courant de la situation scolaire de leurs fils ou pupilles.

Le registre des inscriptions s'ouvrira le lundi 24 octobre, et se fermera le lundi 21 novembre. Les cours et les examens commencent le 3 novembre.

Les salles de dissection, les musées et la bibliothèque seront ouverts à dater du 20 octobre. Les cours du semestre d'hiver commencent le 3 novembre, ceux du semestre d'été, le 16 mars. Les laboratoires sont ouverts du 4 novembre au 15 juillet (art. 3 de l'arrêté du 18 mai 1880).

Doyen honoraire : M. STOLTZ. — *Professeurs honoraires* : MM. STOLTZ, V. PARISOT, HERRGOTT, ROUSSEL, DEMANGE, BÉCHET. — *Professeur adjoint* : M. E. PARISOT.

Le prochain Congrès international des Sciences Médicales.

On lit dans l'*Union médicale* du 17 septembre :

Avant de se séparer, le Congrès international des sciences médicales de Washington a décidé de tenir ses prochaines assises, en 1890, à Berlin. Il fallait s'y attendre. En supposant que les membres allemands du Congrès ne se soient pas rendus à Washington en plus grand nombre que les membres français, ils ont trouvé en Amérique de nombreux partisans en leur faveur, dans la personne des médecins américains qui sont d'origine allemande. A Copenhague, ce sont les protestations des médecins français, en particulier de MM. Trélat et Verneuil, qui ont empêché la session de 1887 d'être tenue à Berlin ; cet obstacle n'existant plus cette année, vu le petit nombre de nos compatriotes qui se sont rendus à Washington, on devait nécessairement voter pour la capitale de l'Allemagne. Irons-nous à Berlin dans trois ans ? J'avoue que j'aimerais mieux m'y rendre de cette manière pacifique que d'être obligé de parcourir une route jonchée de cadavres, de soldats allemands et français. Mais on ne me demandera pas mon avis.

Voici, d'autre part, ce que nous disions nous aussi dans notre dernier numéro (1) à propos du Congrès international d'hygiène de Vienne :

« Il serait vivement à désirer qu'un grand nombre de nos compatriotes s'y rendent et qu'ils fassent tous leurs efforts pour que la session prochaine ait lieu à Paris en 1889. « *Ce qui vient de se passer à Washington doit nous servir de leçon.* »

On voit que nous n'avons pas été les seuls, dans la presse médicale, à faire cette remarque. Malgré toute la publicité qu'avec les autres journaux de médecine nous avons donnée à ce Congrès en France, bien peu de Français ont cru bon et utile de s'y rendre. Les pouvoirs publics eux-mêmes, et, ce qu'il y a de curieux, les plus compétents d'entre tous, s'en sont désintéressés. — Voilà les résultats de la négligence des autorités, de l'indifférence des intéressés ! Le Congrès prochain aura lieu à Berlin en 1890 ! N'aurait-il pas été plus flatteur, plus profitable pour la France, si l'on avait pu obtenir qu'il se réunit à Paris lors de l'Exposition universelle. La Science n'a pas de patrie; mais rappelons-nous la devise de l'Association française pour l'avancement des Sciences :

Par la science, pour la patrie.

Nous aurions dû nous en souvenir en cette occasion.

La question des langues étrangères à propos du Congrès international des sciences médicales.

Le *British medical Journal*, dans son numéro du 17 septembre 1887, dit :

Le petit nombre de ceux qui se sont rendus à ce Congrès de Washington montre ainsi qu'on a tort de ne pas apprendre les langues étrangères. Dans ces congrès internationaux, en effet, le plus grand nombre des communications restent inintelligibles pour la plupart des auditeurs. Autrefois quand le latin était la langue scientifique universelle, une semblable réunion ne rencontrait aucune difficulté de ce genre. Ce serait une chimère que de songer à un langage commun aujourd'hui, mais ce qui pourrait être, c'est que chaque médecin possède la langue de deux nations européen-

(1) *Progrès médical*, n° 38, 17 septembre.

nes, en dehors de la sienne. Sans doute, c'est une grande idée que de réunir un grand nombre de médecins intelligents de tous les pays pour discuter en plusieurs langues la cure des maladies, ou pour se mettre ensemble à la recherche de leurs causes. Mais cela peut-il être comparé en utilité et en grandeur à un *Parlement de médecine du monde*, discutant les mesures pour combattre l'ignorance et les préjugés, et pour s'efforcer de rétablir l'unité de la profession qui existait au moyen âge, où les étudiants pouvaient passer d'une école à une autre dans des pays différents, sans perte de temps ou de droits légaux, et rentraient enfin dans leur pays natal, plus sérieux et plus capables, avec une plus grande expérience des différentes méthodes observées au cours de leurs voyages.

Les Achantis du Jardin zoologique d'Acclimatation, à Paris.

On sait qu'il y a tous les deux ou trois ans, au Jardin d'Acclimatation de Paris, une exhibition ethnographique d'un des types les plus curieux et les plus rares des pays lointains. Inutile de dire que les Anthropologistes voient toujours avec intérêt ces représentants de l'humanité primitive.

Aujourd'hui, c'est le tour des ACHANTIS ou ASHANTEE. C'est une peuplade nègre, idolâtre, de l'Afrique occidentale, qui habite la Côte-d'Or. Ils constituent un royaume très puissant, étendu du Rio Saint-André au Dahomey. Jadis on croyait les Achantis marchands d'esclaves et même anthropophages. Ceux du Jardin d'Acclimatation n'ont pas, en notre présence, manifesté d'instincts pareils!!! Ils ont l'air soigneux, propres, habiles; les hommes surtout paraissent intelligents, ardents, fiers, très agiles, très guerriers, solidement musclés. Ils fument le cigare avec un certain brio. Somme toute, ils constituent, malgré leur férocité, un des peuples les plus civilisés du continent africain.

La troupe est composée de 19 personnes, dont 2 guerriers de Coumassie, la capitale du royaume, 1 orfèvre, 1 cuisinier, 4 femmes et filles de la même ville. Avec eux, il y a 4 guerriers de Kokofou et une femme; 5 naturels de Libéria les accompagnent. Leur costume est simple: une ceinture en peau de bête, des colliers, bracelets et des bagues; le reste du corps est nu. Leur chevelure est très crêpue. Les guerriers portent une coiffure avec deux grandes cornes sur les cotés du front;... ils sont d'ailleurs voués au célibat. Les femmes ne sont pas tenues en servage; elles portent des colliers très blancs, qui tranchent sur leur peau noire. Le simulacre d'un combat qu'ils ont exécuté mardi dernier dans une soirée offerte à la presse par la direction du Jardin, a été très instructif. On a compris quel dédain ce peuple farouche devait avoir de la mort. Les danses sont aussi curieuses. Quand ils chantent en chœur, ils ne le font point à l'unisson; ce fait a vivement frappé les oreilles un peu musicales. Voir à Paris ces hommes d'une santé de fer, d'une vigueur sans pareille, passer de l'atmosphère d'une salle surchauffée dans une cour en plein vent, le corps tout ruisselant de sueur, voilà qui doit donner à réfléchir aux Parisiens frileux et encapuchonnés qui, mardi, ont été honorer de leur visite les représentants d'un des peuples les plus barbares, les plus cruels de l'Afrique occidentale. MARC. B.

FORMULES

VII. Injections hypodermiques d'antipyrine contre les névralgies, les douleurs fulgurantes, les coliques hépatiques, etc.:

Antipyrine	9	grammes
Eau de laurier cerise	20	—

VIII. Potion calmante à l'antipyrine.

Antipyrine	2	grammes.
Eau de laitue	80	—
Sirop de punch	40	—

A prendre par cuillerées à soupe d'heure en heure, jusqu'à effet calmant. (*Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 11 septembre 1887 au samedi 17 septembre 1887, les naissances ont été au nombre de 1094, se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 395; illégitimes, 154. Total, 549. — *Sexe féminin*: légitimes, 411; illégitimes, 139. Total, 559

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881: 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 sept. 1887 au samedi 17 septemb. 1887, les décès ont été au nombre de 893, savoir: 473 hommes et 420 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 19, F. 8. T. 27. — Variole: M. 2, F. 4, T. 6. — Rougeole: M. 7, F. 3. T. 10. — Scarlatine: M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche: M. 2, F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup: M. 12 F. 5, T. 17. — Choléra: M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire: M. 114, F. 88. T. 202. — Autres tuberculoses: M. 16, F. 15, T. 31. — Tumeurs bénignes: M. 0, F. 4. T. 4. — Tumeurs malignes: M. 21, F. 46. T. 67. — Méningite simple: M. 8, F. 6. T. 14. — Congestion et hémorrhagie cérébrale: M. 27, F. 9. T. 36. — Paralysie: M. 1, F. 5. T. 6. — Ramollissement cérébral: M. 2, F. 4. T. 6. — Maladies organiques du cœur: M. 21, F. 32. T. 53. — Bronchite aiguë: M. 1, F 6. T. 7. — Bronchite chronique: M 16, F. 8. T. 24. — Broncho-Pneumonie: M. 10, F. 8. T. 18. — Pneumonie M. 11, F. 11. T. 22. — Gastro-entérite, biberon: M. 43, F. 28. T. 71. — Gastro-entérite, sein: M. 20, F. 23. T. 33. — Autres gastro-entérite: M. 7, F. 1. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales: M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales: M. 0, F. 1. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation: M. 10, F. 12, T. 22. — Sénilité: M. 8, F. 18. T. 28. — Suicides: M. 10, F. 4 T. 14. — Autres morts violentes: M. 4, F. 2. T. 6. — Autres causes de mort: M. 77 F. 65. T. 142. — Causes restées inconnues: M. 3. F. 4. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription: 76, qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 32, illégitimes, 11, Total: 43. — *Sexe féminin*: légitimes, 22; illégitimes, 11. Total: 33.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Licence ès sciences*. Les inscriptions pour la licence ès science seront reçues au secrétariat du 12 au 20 octobre. Les épreuves écrites commenceront: le jeudi 3 novembre, pour les *sciences physiques*; le jeudi 3 novembre, pour les *sciences mathématiques*; le vendredi 4 novembre pour les *sciences naturelles*.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — M. SIRODOT, professeur de zoologie, est nommé pour trois ans, à partir du 17 septembre 1887, doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour les bourses de doctorat*. L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses du doctorat aura lieu, au siège des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 25 octobre 1887. L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 25 octobre également.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — Sont nommés pour deux ans, à partir du 1er novembre 1887, à ladite Faculté: 1° *chefs de clinique chirurgicale*: MM. PRINCETEAU et PHILIPPOT, docteurs en médecine, en remplacement de MM. Loumeau et Lacharrière, dont le temps d'exercice est expiré; — 2° *chef adjoint de clinique chirurgicale*: M. SENGENSSE, docteur en médecine.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Par décret en date du 16 septembre 1887, la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique entendue, ladite Ecole est supprimée. Il est créé à Toulouse une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS.—M. WOLFF, chef des travaux physiques et chimiques à ladite école, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à partir du 18 août 1887.

UNIVERSITÉS ITALIENNES. — Le nombre des étudiants ayant fréquenté les universités italiennes pendant l'année 1887 s'est élevé à 15,161. Il faut ajouter 194 auditeurs. C'est une augmentation de 722 étudiants sur l'année dernière. C'est l'Université de Naples qui est la plus fréquentée. Elle compte 4,083 étudiants; puis viennent Turin avec 212 étudiants, Rome 1,254, Bologne 1,207, Palerme 1,089, Padoue 1,065, Pavie, 1,010, etc., et enfin Pérouse 108, Urbino 89, Ferrare 42.

CONCOURS INTERNATIONAL DES SCIENCES ET DE L'INDUSTRIE A BRUXELLES, EN 1888. — Les journaux belges sont unanimes à constater l'activité avec laquelle sont poussés en ce moment, à Bruxelles, les travaux des vastes batiments qui doivent abriter le grand Concours international des Sciences qui aura lieu l'an prochain.

CHOLÉRA. — A Messine, la situation s'améliore peu et dans un jour il y a eu une trentaine de décès sur 5 cas. A Catane, il y a peu de malades. En somme, l'épidémie ne parait pas avoir fait de notables progrès; elle est à peu près sationnaire.

ERRATA. — Le lecteur est prié de vouloir bien faire les rectifications suivantes dans le dernier numéro: p. 129, 1re colonne, ligne 55, au lieu de « fourragés » lire « foudroyés »; — p. 219, 2e colonne, ligne 5, lire « interne » au lieu « d'externe » et ligne 7, « clinique » au lieu de « chimique ».

Epidémie de peste. — On signale une épidémie de peste à Wilna (Russie).

Hôpitaux et hospices de Bordeaux. — *Concours pour deux places de chirurgien-adjoint.* Les épreuves de ce concours auront lieu le 6 décembre. Elles comportent, comme à l'ordinaire: 1° une dissertation orale sur un sujet d'anatomie chirurgicale et de pathologie externe, d'une durée d'une heure, après une heure de réflexion; 2° une épreuve écrite sur un sujet de chirurgie; six heures sont accordées pour cette épreuve; 3° un examen clinique de deux malades avec dissertation, la durée de cette épreuve est d'une heure; 4° une épreuve pratique de médecine opératoire d'une durée d'une demi-heure. Les candidats devront se faire inscrire avant le 22 novembre. — *Concours pour onze places d'interne titulaire et dix places d'externe titulaire.* Le concours pour les places d'interne titulaire aura lieu le lundi 10 octobre 1887, à quatre heures. — Le concours pour les places d'externe titulaire aura lieu le mardi 11 octobre 1887, à quatre heures. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 3 octobre.

Hospices de Grenoble. — Un concours pour la nomination des élèves internes et externes aura lieu le 7 et le 8 novembre prochain. — Un concours pour la nomination de deux internes en pharmacie aura lieu le 14 novembre prochain.

Hôpitaux de Saint-Etienne. — M. le Dr Duplain vient de faire aux hôpitaux de cette ville un don de 10,000 fr.

La peau des assassins et la Faculté de médecine de Paris. — L'enquête prescrite par M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, au sujet de la profanation dont le cadavre de Pranzini a été l'objet après l'autopsie, met absolument hors de cause le jeune agrégé de la Faculté que la *Lanterne* d'hier accusait d'être le coupable. La vérité, connue maintenant, est qu'un lambeau de la peau de Pranzini a été dérobé, après les expériences, dans le seau aux détritus, par un garçon de laboratoire. Ce morceau de peau, formant un carré de 40 centimètres de côte, a été remis par ce garçon, le mercredi matin, jour de l'exécution de Pranzini, à un sous-brigadier de la sûreté, qui en disposa comme on sait, croyant faire plaisir à ses chefs.

Médecins-Maires. — M. le Dr Collet est nommé maire de Trévoux.

Mission scientifique. — M. le Dr Daremberg, correspondant de l'Académie nationale de médecine, est chargé d'une mission à Vienne, en vue de prendre part, comme représentant du Ministère de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, au Congrès d'hygiène et de démographie qui se tiendra dans cette ville pendant le mois de septembre 1887.

Nouveaux journaux. — On nous annonce l'apparition d'une *Revue internationale scientifique et populaire des falsifications des denrées alimentaires.* La revue paraitra à partir du 15 septembre 1887, au moins six fois par an. Elle sera publiée en même temps à Amsterdam, Bruxelles, Lisbonne, Leipzig, Londres, Madrid, New-York, Paris, St-Pétersbourg, Rome et Stockholm. Elle contiendra (150 à 180 pages, n° 4) des articles scientifiques et populaires, le but étant non seulement de s'adresser aux savants, mais surtout de faire connaitre au public d'une manière compréhensible les falsifications constatées dans les divers pays, ainsi que les noms des falsificateurs. Rédacteur en chef: M. le Dr P. E. van Hamel Roos, à Amsterdam. Collaborateurs et correspondants pour la *France*: M. Berthelot, membre de l'Institut, sénateur, ancien ministre de l'Instrution publique, des Beaux-Arts et des Cultes à Paris; M. le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, à Paris; M. Girard, directeur du Laboratoire municipal de Paris; M. Houseau, correspondant de l'Institut, directeur de la Station agronomique de la Seine-Inférieure, à Rouen. — Pour la *Grèce*: M. le Dr Bambas, professeur d'hygiène à l'université d'Athènes. — Pour la *Roumanie*: M. le Dr J. Félix, professeur d'hygiène à l'université de Bucarest, Doyen de la Faculté de Médecine. — Pour la *Russie*: M. le Dr W. Manassein, professeur à l'Académie de médecine, à St-Pétersbourg; M. le Dr G. Dragendorff; M. le Dr Lubelski, médecin du consulat général de France, et des hopitaux civils de Varsovie.

Société protectrice de l'enfance. — *Question de prix* pour 1888 (Prix de 500 francs): *Du coryza chez les enfants du premier âge.*

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Mauvezin (Charles), ancien interne des hopitaux de Paris, à Bray-sur-Seine, près Longeville. — M. le Dr Cervelle, médecin-major à Nancy. — M. le Dr Durand (de Bourg-Saint-Andéol). — M. le Dr Hugueny (Charles), décédé à St-Dié (Vosges), à l'âge de 28 ans. — La *Revue de clinique et thérapeutique*, annonce la mort de M. le Dr Richard Quain, professeur honoraire de clinique chirurgicale à l'Université de Londres. Ancien président de l'école royale des chirurgiens, M. Quain possédait une haute et légitime notoriété dans le corps médical anglais et dans l'enseignement. Il avait professé pendant vingt-cinq ans à l'Université de Londres: de 1839 à 1850 comme professeur d'anatomie et de 1850 à 1856 comme professeur de clinique chirurgicale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

Baudouin (M.). — **Traitement des kystes hydatiques du foie.** (Nouvelles méthodes thérapeutiques). Brochure in-8 de 36 pages. — Prix: 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . 85 c.

Christian (J.). — **Recherches sur l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme.** Brochure in 8 de 30 pages. — Prix: 1 fr. — Pour nos abonnés . . . 70 c.

Rendu (H.). — **Contribution à l'histoire des monoplégies partielles dn membre supérieur.** Brochure in-8 de 30 pagesr — Prix: 1 fr. — Pour nos abonnés . . . 70 c.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Delbœuf (J.). — De l'origine des effets curatifs de l'hypnotisme. Etude de psychologie expérimentale. Brochure in-8 de 42 pages. — Prix: 1 fr. 50.

Despagnet (F.). — De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée. Brochure in-8 de 58 pages avec une planche hors texte. — Prix: 2 fr.

Lahilonne. — Etude de posologie hydro-minérale rationnelle dans les troubles de la respiration et de la circulation. Broch. in-8 de 27 pages. — Prix: 1 fr. 50.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Bourru (H.) et Burot (P.). — La suggestion mentale et l'action à distance, Des substances toxiques et médicamenteuses. Volume in-12 de 312 pages, avec 10 figures. — Prix: 3 fr. 50.

Herzen (A.). — Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue psycho-physiologique. Volume in-12 de 312 pages. — Prix: 3 fr. 50.

Du Mesnil (O.). — La variole à Paris. Nécessité de la création d'un institut vaccinal public. Brochure in-8 de 31 pages.

Vétault (V.). — Etude médico-légale sur l'alcoolisme. Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcooliques. Volume in-8 de 237 pages. — Prix: 4 fr.

Rappin (G.). — Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes. Brochure in-8 de 22 pages et une planche. — Nantes, 1887. Imprimerie du commerce.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Niobey (A.). — Papaina, sua acção physiologica e therapeutica. Brochure in-4 de 92 pages. — Rio-de-Janeiro, 1887. — Imprensa Lombaerts et Comp.

Rodet (P.). — Guide de l'Etudiant en médecine et du médecin praticien. Volume in-18 cartonné de 504 pages. — Prix: 3 fr. 50.

Ritti (A.). — Eloge de J. Moreau (de Tours). Brochure in-8 de 47 pages.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

Gallet (L.). Un grand hopital parisien en 1886 (L'hopital Lariboisière). Brochure in-8° de 39 pages. — Prix: 1 fr.

Burani (C.). — Caso classico di osteo-malacia maschile. Brochure in-8 de 21 pages, avec une planche. — Modena, 1887. — Tipografia Vincenzi e Nipoti.

Letzel's (Therapeutische Notizen.) aus Policlinik für Hautkrantheiten und Syphilis in Munchen. Brochure in-8 de 4 pages. — Berlin, 1886. — Bruck von Marscher et Stephan.

Sérafini (A.). — Su la causa della fibbre nella pulmonite fibrinosa generata dal microrganismo di Friedlander. — Napoli, 1887. — Nicola Iovenu et Co.

Walter J. Otis. — Anatomische untersuchungen am Menschlichen Bectum und Eine nene Methode der Mast darminspection. — Erster Theil. — Die sacculi des Rectum. Brochure in-4 de 18 pages, avec 8 planches hors texte. — Prix: 12 fr. 50. — Leipzig, 1887. — Veil et Comp.

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 40. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 1er OCTOBRE 1887

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Note sur une observation de trachéotomie pratiquée dans un cas de croup sous la narcose chloroformique ;

Par le Dr Désiré BERNARD.

Bien rares sont les chirurgiens français qui n'auraient pas pensé assister à la naissance d'une incontestable nouveauté scientifique en entendant la lecture du rapport de M. Ledentu (1) sur quatre observations de trachéotomie avec chloroformisation, communiquées à la Société de Chirurgie par M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) dans la séance du 30 mars dernier. Plus rares encore ceux que n'auraient pas plongés dans la plus grande surprise, MM. Terrier et Lucas-Championnière annonçant qu'en Allemagne et en Angleterre surtout c'était là une pratique chirurgicale courante.

De la lecture des auteurs classiques français deux choses ressortent sur ce point particulier, choses bien différentes de la combinaison opératoire que nous étudions. La trachéotomie ayant été faite comme opération préventive ou préliminaire, l'appareil de Trendelenburg (2) permettra d'administrer par cette voie accidentelle l'éther ou le chloroforme et d'obtenir ainsi l'anesthésie la plus complète au cours d'opérations sur les voies supérieures qui semblent la rendre impossible.

Il y a, d'autre part, « un danger tout spécial à donner du chloroforme aux malades qui n'ont pas l'appareil respiratoire dans un état d'intégrité parfaite (3). » Le *rétrécissement de la trachée*, les *corps étrangers des voies aériennes* représentent avec la tuberculose pulmonaire, l'épanchement dans les plèvres ou le péricarde, les adhérences pleurales, la gangliophymie, le cancer du poumon ou du médiastin, la dilatation des bronches, *autant de contre-indications formelles à l'anesthésie chloroformique* (4). Le croup réalise à merveille plusieurs de ces contre-indications formelles. Certes, il n'y en a pas à l'heure actuelle qui n'aient été plusieurs fois violées avec grand succès soit par hardiesse chirurgicale, soit par impossibilité de les soupçonner au lit du malade, au moment de l'action opératoire, soit enfin par impérieuse nécessité. Bien plus d'autres affections, contre-indications plus énergiquement édictées encore, se sont amendées grâce à l'inhalation chloroformique elle-même, comme l'a montré J. Rochard (5) pour les anémies consécutives avec pertes de sang considérables. M. Ledentu, qui a souvent passé outre à ces préceptes absolus, avance que désormais les contre-indications à l'anesthésie chirurgicale ne doivent plus être basées que sur l'*état fonctionnel des grands systèmes de l'économie*. Cette vague formule sera-t-elle au chirurgien de meilleur secours que les minutieuses prescriptions primitivement imaginées ? Pure spéculation. M. Ledentu, dans l'espèce, convient que l'*effet seul des premières inhalations apprendra si l'anesthésie est possible et sans danger.*

Pourquoi, dans ce désarroi, seul encore le croup semblait-il en France un obstacle à l'administration du chloroforme ? Est-ce parce qu'il tombait sous plusieurs articles d'un code suranné qu'on violait isolément et qui, réunis, faisaient encore reculer ? Nous ne chercherons pas à résoudre cette difficulté rétrospective et légèrement byzantine, ni à expliquer pourquoi le plus souvent on a demandé des enseignements sur les contre-indications à l'anesthésie chirurgicale aux expériences de laboratoire sur les animaux sains. En pareille matière, les *documents humains* ne sont pas seulement préexcellents comme en toute partie de la pathologie humaine, mais encore d'eux exclusivement jaillira la lumière.

Nous avons été récemment, grâce à la grande et précieuse obligeance de M. le Dr E. Laget, dans la nécessité de pratiquer une trachéotomie sous la narcose chloroformique dans un cas de croup. Nous avons pu, grâce à elle, mener à bien cette opération particulièrement difficile et émouvante dans les conditions où nous intervenions. Par nécessité aussi, le chloroforme a été administré *à doses massives* d'une façon toute différente de celle employée et conseillée jusqu'à cette heure. La narcose, *poussée à fond*, contrairement à ce qu'on avait pu annoncer *à priori*, n'a pas empêché les réflexes trachéaux nécessaires à l'expulsion du sang, des fausses membranes et des mucosités après ouverture de la trachée. Il y a obligation morale, estimons-nous, à insister après d'autres sur les bienfaits de cette combinaison et surtout à faire connaître combien le chirurgien doit en pareille occurrence administrer le chloroforme avec hardiesse et sécurité. Nous estimons même qu'à la rigueur le chloroforme pourrait permettre de pratiquer la trachéotomie sans aide aucun, l'hypnose obtenue.

De brefs commentaires accompagneront notre relation. Nos commentaires s'y rapporteront étroitement. MM. A. Broca et H. Hartmann (1) viennent en effet d'écrire l'histoire de cette pratique chirurgicale à l'aide de documents si nombreux et si authentiques, d'établir ses avantages avec tant de sens et de compétence que nous ne pourrions guère, en tentant des généralités, que nous livrer à une vaine et coupable contrefaçon. Nous n'avons donc, en prenant la plume, d'autre ambition que de rendre public un document utilisable par ceux qui traiteront à nouveau ce sujet, de leur fournir une chose beaucoup plus rare qu'on ne penserait d'abord, un fait simple, sincèrement observé et rapporté

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, T. XIII, p. 212 et suivantes.

(2) J.-F. Malgaigne. — *Manuel de médecine opératoire*, 8e édition, 1877, p. 305.

(3) Maurice Perrin. — *Anesthésie chirurgicale* (*Dict. encyclopédique des Sc. médicales*, T. IV, p. 558).

(4) Maurice Perrin. — *Ibidem*, p. 565.

(5) *Académie de médecine*, séance du 18 avril 1882

(1) A. Broca et H. Hartmann. — *De l'anesthésie dans la trachéotomie* (*Revue de chirurgie*, 1887, p. 390). — M. Castex a communiqué postérieurement à la Société de Chirurgie. (*Loc cit.* p. 297) une observation contradictoire. L'emploi du chloroforme lui aurait causé de graves embarras. Cette observation n'est connue que par son argument. Sa publication intégrale ou au moins une analyse détaillée seule nous pourra apprendre jusqu'à quel point il faut incriminer le chloroforme pur ou impur, le chirurgien, les aides, le malade, la maladie, le milieu, etc.

sans parti-pris. Ce n'est guère avec de tels matériaux qu'on avait jusqu'à ce jour, en France, édifié la liste toute fantaisiste des contre-indications à l'anesthésie chloroformique, qu'on y avait incidemment, dans de récents travaux (1), traité de son application à la trachéotomie au cours du croup.

Observation : *Croup secondaire à marche foudroyante; dyspnée progressive sans accès; narcose chloroformique obtenue par doses massives; trachéotomie en deux temps; mort par broncho-pneumonie.*

M. le Dr E. Laget nous mande le 1er juillet, à 1 heure de l'après-midi, près d'un enfant âgé de 3 ans et demi, Edmond S... vigoureux et fort intelligent qui présente depuis quelques heures les signes les moins équivoques du croup : toux voilée, voix rauque, dyspnée continue et progressive, sans accès de suffocation. En outre, les amygdales tuméfiées sont tapissées de fausses membranes en îlots d'étendue variable, productions qu'on retrouve sur la paroi postérieure du pharynx. Il y a inappétence complète. Les accidents ont marché avec une extrême rapidité. Le père a quitté l'enfant ce matin, à 6 heures, sans aucune préoccupation sur l'état morbide qu'il offrait voilà cinq jours. L'enfant depuis ce temps accusait une certaine gêne dans la déglutition et souffrait d'une toux quinteuse un peu rauque que les parents, en dépit des observations des personnes qui l'entendirent, tinrent pour tout à fait négligeable.

Nous trouvons l'enfant presque aphone, en proie à un tirage énorme. Il semble, à chaque inspiration, que le sternum abaissé va choquer le rachis. Les deux temps de la respiration extrêmement fréquents sont égaux et également laborieux. Un fort sifflement inspiratoire et expiratoire permet d'apprécier ces caractères avant même de pénétrer dans la chambre. L'enfant agité cherche en vain sur son lit une place où respirer plus librement. La face est pâle et bleuâtre, ses extrémités couvertes d'une sueur froide abondante, le pouls petit, rapide, incalculable.

La trachéotomie immédiatement et d'un commun accord décidée, n'est pratiquée toutefois que deux heures plus tard. Le père, éloigné pour ses affaires de son domicile, ne devait y rentrer que dans la soirée. Il a fallu le prévenir pour obtenir son consentement. La situation est si évidemment désespérée, la fin à si brève échéance qu'il n'hésite pas plus à autoriser la trachéotomie que nous n'avons hésité à décider de son opportunité et de son urgence.

Nous avions en outre résolu de soumettre l'enfant à l'anesthésie chloroformique. Aux raisons générales qui l'autorisent et l'indiquent même en pareil cas, se joignaient pour nous des raisons particulières tout à fait décisives. Les sentiments d'amitié qui liaient l'un de nous à l'enfant et à sa famille, l'émotion violente que la marche si rapide de la maladie avait excitée dans le milieu où nous allions opérer, la vigueur et l'intelligence de l'enfant qui saisit ce qu'on va faire et s'apprête à résister, l'absence d'aides capables de le maintenir et la difficulté d'en trouver rendent on ne peut plus désirable, pour la bonne conduite de l'opération, l'annihilation de la sensibilité et de la volonté de l'opéré. D'autre part, sous les téguments riches en graisse du cou, le cricoïde se dérobe à l'exploration. Les veines thyroïdiennes se montrent très dilatées, l'une principalement sur la ligne médiane. Le larynx, mal saisi entre le pouce et le médius gauches se projette mal en avant. Ces diverses conditions locales défectueuses nous obligent à renoncer à la *trachéotomie en un temps*, que nous pratiquons volontiers et qui, à défaut d'anesthésie, pourrait seule assurer le succès.

Nous pensions d'ailleurs donner le chloroforme doucement à petites doses, voire même à doses obstétricales. Les contorsions de l'enfant, ses tentatives de fuite, que personne de nous ne peut réprimer, nous contraignent à l'administrer à *doses massives, par le procédé de M. de Saint-Germain*, non sans vive appréhension. L'enfant, sous la compresse imbibée abondamment de chloroforme et maintenue exactement sur la racine du nez, le menton et les joues, n'a plus d'autre moyen de résistance que de suspendre sa respiration. Il n'y manque pas. Nous le voyons, dans un violent effort pour se redresser, se cyanoser, puis faire une profonde inspiration et tomber en résolution sur la table d'opération. A notre vive surprise, à la quatrième inspiration, la conjonctive anesthésiée, l'enfant respire facilement, le tirage s'amende et le sternum, doucement soulevé, n'exécute plus les mouvements d'excursion désordonnés que nous avons signalés.

Un premier coup de bistouri nous conduit sur la trachée. Une hémorrhagie veineuse abondante se produit. Le sang est étanché, la plaie doucement comprimée avec des éponges, à diverses reprises. L'enfant dort doucement. Le sifflement et le tirage ont complètement cessé. La respiration, calme et facile, nous indiquent que nous n'avons pas à presser la fin de l'opération. A la partie postérieure de l'incision, bien médiane et longue de deux travers de doigt, nous reconnaissons le cricoïde. Un dernier coup d'éponge et l'ongle de notre index gauche marque l'intervalle du cricoïde et du premier anneau de la trachée où doit et va plonger le bistouri. A ce moment, l'enfant porte sa main droite à la plaie. Il faut donner encore du chloroforme. Après l'inspiration de deux bouffées de vapeur anesthésique, l'enfant recouvre la pleine résolution. Deux anneaux de la trachée sont sectionnées, et, dans la section, est introduit aussitôt le dilatateur de Trousseau. L'entrée de l'air a lieu, comme de coutume, avec le même bruit émouvant que si l'enfant eut été éveillé. Quelques quintes de toux, avec rejet de mucosités blanchâtres, la suivent. Une canule n° 2 ne peut pénétrer et une canule n° 1 seulement, après section au bistouri mousse d'un troisième anneau trachéal, section opérée d'ailleurs avec lenteur. Cette canule, facilement mise en place, la respiration de l'enfant s'exécute tout à fait calme et facile. Il s'éveille, sa toilette opératoire terminée, et demande à boire, tristement surpris de ne pouvoir plus articuler à haute voix, de sa voix rauque du moins.

Le flacon employé contenait 60 grammes de chloroforme. Le quart seulement a été consommé.

La soirée et la nuit ont été fort bonnes, marquées pour tout accident par un suintement sanguin, qu'un peu d'amadou a aussitôt et définitivement arrêté.

Le jour suivant, le 2 juillet, au matin, un écoulement séreux a lieu par les narines rouges et superficiellement exulcérées. De chaque côté, au niveau et au-dessous du cornet inférieur, les fosses nasales sont tapissées de fausses membranes minces, presque transparentes, à en juger par leur coloration rosée par endroit. Le nettoyage de la canule interne a été long et difficile, à cause de l'adhérence des fausses membranes et du mucus qui la tapissent.

L'enfant est gai et docile. Les manœuvres du pansement ne l'effraient pas. Il boit volontiers du grog, s'amuse avec divers jouets et entend, non sans grand plaisir, agiter divers projets pour le temps prochain de son séjour à la campagne.

Le soir, 24 heures seulement après l'opération, le changement de canule a lieu sans difficulté. Facilement passe aujourd'hui la canule n° 2. Cette manœuvre permet de constater que, malheureusement dans la profondeur, la diphthérie envahit la plaie opératoire. L'état des amygdales, celui du pharynx n'ont pas varié. Le pouls, toujours fréquent, ne se relève pas.

Au cours de la soirée et de la nuit, en plusieurs accès de toux quinteuse, l'enfant expulse par la canule plusieurs fragments pseudo-membraneux. L'arrêt de l'un d'eux nécessite notre intervention.

Le 3 juillet, dès le matin, la canule est retirée complètement. Le malade, à ce moment, rejette une grosse fausse membrane tubulée et de nombreuses mucosités grisâtres. L'écoulement séreux nasal a diminué. Mais le pouls demeure fréquent et la peau présente une élévation de température notable qui assombrit encore le pronostic.

L'enfant ne boit presque plus. Il a rejeté aussitôt les quelques cuillerées d'un œuf qu'il avait avalées. Il demeure gai cependant, docile, aimable même pour ses médecins, et à diverses reprises joue avec ses parents ou ses visiteurs.

(1) M. Duret (*Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale* ; Paris, 1880, p. 198) croit qu'on peut accorder le bénéfice de l'anesthésie, dans une phrase difficile à interpréter exactement. — M. Dubar (*Nouv. Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, T. XXXVI, 1884, p. 50) se contente de rééditer [illegible] trois dit-on d'origine anglaise. Cette réédition avait passé aussi inaperçue que la phrase de M. Duret.

Le soir, le nettoyage de la canule a été très facile. La sécrétion des mucosités qui l'obstruaient a notablement tari. La température de la peau a augmenté. La respiration plus difficile se précipite. L'auscultation révèle l'existence d'une double broncho-pneumonie.

Dans la nuit, l'asphyxie s'établit lentement et l'enfant succombe le 4 juillet; à 4 heures du matin, peu d'instants après notre dernière visite, soixante heures environ après la trachéotomie.

En médecine, et dans toutes les branches de l'activité humaine, il en est de la ruine d'un dogme scientifique comme de la destruction de l'idole de bois de la fable (1). C'est tout profit, pour celui qui l'a brisé, dont le renom s'impose, pour la science qu'il enrichit et affranchit, et enfin pour l'humanité que le médecin doit secourir et ne pas torturer en vain. La présentation de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), les remarques pleines d'intérêt dont MM. Terrier et Lucas-Championnière l'ont accompagnée, l'œuvre de vulgarisation de MM. A. Broca et H. Hartmann méritent non seulement d'être louées, mais encore et surtout d'être mises en pratique. L'observation que nous publions aidera à dissiper les préventions, à vaincre les hésitations. Pour y parvenir plus sûrement nous répéterons encore une fois, sous forme de conclusions précises, les divers enseignements qui en ressortent.

1° *L'anesthésie chloroformique pratiquée préalablement à la trachéotomie dans le croup améliore déjà par elle-même l'asphyxie que doit combattre l'intervention chirurgicale.*

2° *Elle permet au chirurgien d'opérer, dans les cas les plus difficiles et les plus urgents, avec lenteur et sécurité, et vraisemblablement même d'opérer sans aide.*

3° *L'anesthésique peut être administré à doses massives, par le procédé de St-Germain, au cas de résistance du sujet.*

4° *La narcose profonde, complète, n'abolit nullement la sensibilité réflexe de la muqueuse trachéale.*

5° *Si, chez l'être humain, les irritations de la peau du cou provoquent par inhibition une anesthésie plus ou moins étendue du tégument, cette action ne s'étend pas aux plans profonds de la région, quoiqu'avance à cet égard M. Brown-Séquard* (2).

6° *L'anesthésie chloroformique est sans action sur la marche ultérieure de la diphtérie.*

(1) La Fontaine — *Fables*, IV-8.
(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 4 avril 1887.

LÉGISLATION CONTRE L'ALCOOLISME. — M. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre de la Commission, instituée au Ministère des finances, à l'effet d'étudier les réformes qu'il convient d'apporter à la législation de l'alcool, et, en général, au régime des boissons.

HÔPITAUX DE REIMS. — Un concours sera ouvert à la pharmacie centrale des hospices civiles de Reims, pour la nomination de quatre internes en pharmacie, le 7 octobre.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. NOLAN, élève du laboratoire de géologie à la Sorbonne, est chargé d'une mission dans les îles Baléares, à l'effet d'y poursuivre des recherches géologiques.

NOUVEAUX JOURNAUX. — On nous prie d'annoncer, comme devant paraître tous les deux mois à partir du 15 octobre 1887, par fascicule de 48 pages, les *Archives de Laryngologie, de Rhinologie et des maladies des premières voies respiratoires et digestives*, fondées et publiées par M. le Dr Albert [illegible], médecin-adjoint de l'Institution nationale des Sourds-Muets, chargé du service de la Clinique laryngologique, avec le concours scientifique de MM. Ch. Bouchard, A. Verneuil, V. Cornil et U. Trélat.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Association française pour l'avancement des Sciences. (16e Session). — Congrès de Toulouse.

L'ouverture de la seizième session de l'Association française pour l'Avancement des Sciences a eu lieu le jeudi 22 septembre au théâtre du Capitole, sous la présidence de M. Rochard, inspecteur général honoraire du service de santé de la marine, membre de l'Académie de médecine.

La séance a été ouverte par un discours de bienvenue de M. SIRVEN, maire de Toulouse. Il n'y a que des éloges à donner à ce discours, fermement pensé, sobrement écrit, et dans lequel M. Sirven, abordant tour à tour des sujets très divers, les a tous heureusement traités, en les ramenant tous à cette devise qui est la devise même de l'Association française: *Par la science, pour la Patrie.* Nous sommes heureux de pouvoir citer ici un passage de ce discours, qui a provoqué d'unanimes applaudissements:

« Il y a cinq cents ans, a dit le maire de Toulouse, lorsque Raymond VII, comte de Toulouse, défenseur de la tolérance religieuse et de la liberté, fut vaincu par les Croisés du Nord, on lui imposa, comme punition, d'avoir à instituer dans la ville et à payer une Université qui devait ramener les esprits sous le joug de l'activité triomphante. De même, au lendemain de ses triomphes, l'Allemagne instituait l'Université de Strasbourg pour régenter l'Alsace et la Lorraine, afin, dit le discours d'inauguration « que l'esprit du peuple alsacien, fécondé à nouveau, reconnaisse sans peine le retour à l'ancienne patrie. » Or, qu'est-il arrivé? l'Université de Toulouse devenait bientôt un foyer de science, c'est-à-dire d'émancipation, et l'on a pu constater récemment quels étaient les résultats obtenus par l'Université de Strasbourg, si contraires aux vœux de ses fondateurs. Il n'en peut être autrement. Quand on sème la lumière, on recueille l'esprit de justice et l'aurore de l'indépendance. »

Après M. Sirven, M. ROCHARD a pris la parole, et dans un excellent discours, où l'on retrouve toutes les qualités oratoires qui lui sont habituelles, il a traité de « l'*Avenir de l'Hygiène.* » Il a montré que l'hygiène était une science d'origine récente (c'est à peine si, sous sa forme actuelle, elle date du commencement de ce siècle), mais que cette jeune science avait marché d'un pas rapide et dépassé déjà quelques-unes de ses sœurs. Il a insisté sur ce fait capital que l'hygiène touche à presque tous les problèmes de la vie et de la société, et qu'il n'y a guère aujourd'hui de question sociale qui ne soit doublée d'une question d'hygiène: il n'a pas oublié non plus ce point important, et que l'on ne saurait signaler avec trop de force, que, tandis qu'en France, on fait merveilleusement progresser l'hygiène théorique, on s'attache dans les divers pays de l'Europe à multiplier l'application de ces utiles découvertes, qui demeurent trop souvent inappliquées dans le pays même qui les a vu naître: il a tracé enfin un magnifique tableau de l'hygiène publique telle qu'elle doit être, telle qu'elle sera (nous le souhaitons et n'en voulons pas douter) dans un avenir assurément prochain.

« Vous le voyez, a dit l'orateur en terminant, l'hygiène n'est pas seulement l'art de se bien porter et de mourir vieux. Elle a des visées plus hautes : rien de ce qui touche au bonheur des hommes ne lui est étranger. Elle s'efforce de le leur procurer par la santé et par le bien-être ; mais elle ne leur enseigne ni le goût des jouissances matérielles, ni le culte de l'argent. Elle inspire à ceux qui l'écoutent l'amour du travail et de la sobriété, celui de la famille et de la vie régulière. En leur donnant la force et la santé, elle travaille à leur amélioration morale et intellectuelle, car ces qualités physiques sont les compagnes habituelles de la vigueur de l'intelligence, de la solidité du caractère et de la bonté du cœur. En cherchant à rendre les hommes plus heureux afin de les rendre meilleurs, la science au nom de laquelle je parle ici est, ce me semble, dans la bonne voie, et je crois qu'elle a droit à la sympathie et aux engagements de tous ceux qui aiment sincèrement leur pays. »

Après M. Rochard, M. Janssen (de l'Institut), s'est levé et a exprimé à l'assemblée le regret qu'avait eu le ministre de l'instruction publique de ne pouvoir assister à la séance solennelle d'ouverture du Congrès (1). Il a ensuite, en termes élevés, félicité l'Association française et l'Association scientifique fondée par Le Verrier, d'avoir enfin réalisé une fusion longtemps souhaitée et fortifiante pour l'une comme pour l'autre.

M. Schlumberger a brièvement rendu compte des faits et gestes de l'Association pendant l'année qui vient de s'écouler ; il a rendu aux morts illustres de la grande famille scientifique un hommage mérité ; mais s'il a dit les deuils de l'Association, il en a dit aussi les joies, en rappelant les succès de divers ordres remportés par ses membres.

Enfin, M. Galante, trésorier, a donné le compte rendu financier de la Société, et l'assemblée a pu constater que la situation pécuniaire de l'Association est des plus prospères.

A la *section de médecine* ont été nommés Présidents d'honneur : MM. Rochard, Duplouy (de Rochefort), Thiriar (de Bruxelles), Gosse (de Genève. — Président : M. le Dr Pamard (d'Avignon). — Vice-Présidents : MM. Caubet (de Toulouse), Labéda (de Toulouse), Bernheim (de Nancy), Grasset (de Montpellier), Poncet (de Lyon). — Secrétaires : MM. L. H. Petit, Œttinger, Secheyron (de Paris), Bezy (de Toulouse).

R. de Musgrave-Clay.

(1) C'est la première fois, depuis que l'Association existe, que le Ministre se fait représenter au Congrès par un délégué officiel

Emploi médical des insectes en Chine. — La conférence du général Tcheng-ki-Tong à l'exposition des insectes a été très intéressante. Les organisateurs de l'exposition des insectes avaient prié le général Tcheng-ki Tong de faire connaître au public français quelques particularités touchant les insectes que l'on rencontre en Chine. Il a parlé, entre autres choses, des insectes employés dans la médecine. Par exemple, a-t-il dit, pour le *croup* on prend sur les vieux murs sept nids de grosses araignées dont deux au moins doivent contenir les araignées vivantes. On en fait une pate à laquelle on ajoute deux grammes et demi d'alun dissous d'avance. On les réduit en cendres, après avoir bien mélangé, sur le feu, puis on laisse refroidir la cendre dans la gorge du malade, qui se sent immédiatement débarrassé du mal qui l'étouffait. — Il y aurait bien d'autres choses curieuses à citer ; nous renvoyons le lecteur au travail original.

SOCIÉTÉS SAVANTES

NEUVIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MEDICALES A WASHINGTON (*suite*).

Séances du lundi 5 septembre.

(1re *journée* ; *après midi*).

Section de chirurgie (suite).

M. Senn fait une communication sur la *Chirurgie expérimentale de l'intestin*. En voici les conclusions : 1° Obstruction intestinale artificielle. — L'entérectomie partielle et la suture longitudinale de la plaie constituent une source de danger lorsqu'elles réduisent de moitié le calibre de l'intestin et lorsqu'elles sont suivies de gangrène occasionnée par la destruction de l'alimentation artérielle. 2° La flexion peut avoir pour cause l'entérectomie partielle et la nature longitudinale ; son origine se trouve aussi dans divers processus inflammatoires. 3° Le volvulus est encore une cause d'obstruction. 4° L'invagination est rarement susceptible de réduction spontanée. L'emploi d'injections de grandes quantités d'eau dans le côlon et le rectum doit être pratiqué avec soin, pour éviter les lacérations péritonéales que produit la distension excessive de ces organes. L'entérectomie, lorsqu'elle entraîne la résection d'une longueur de trois à cinq pieds d'intestin, est fatale chez le chien, soit à cause du traumatisme, soit à cause de troubles ultérieurs de la digestion. L'exclusion physiologique d'une portion de l'intestin ne donne pas lieu à des désordres aussi graves que la résection. Elle est suivie d'atrophie de cette partie de l'intestin ; il ne s'y produit pas d'accumulation fécale. L'entérorraphie circulaire. — Une modification de la suture de Jobert, qui consiste à entourer la partie invaginée d'un anneau de caoutchouc mince et flexible. et le catgut est préférable aux sutures de Czerny et Lembert. On doit en outre greffer l'épiploon sur la ligne de suture ; le danger de perforation est diminué par ce procédé. Il convient d'assurer la continuité de la surface péritonéale là où le mésentère est détaché en suturant le péritoine avant de pratiquer la réunion de l'intestin. Anastomose intestinale. — Une opération par laquelle on obtiendrait une communication entre l'intestin situé au-dessus de l'obstruction et la partie qui se trouve au-dessous est préférable à l'entérotomie et la résection dans les cas où il est impossible de faire disparaître la cause de l'obstruction, ou lorsque les modifications pathologiques qui lui donnent naissance ne mettent point en danger la vie du patient La gastro-entérotomie et la jéjuno-iléostomie doivent se pratiquer par approximation à l'aide de plaques osseuses décalcifiées et perforées. Lorsque l'obstruction siège dans le coecum, ou le côlon, on peut substituer à cette dernière opération l'implantation de l'iléum dans le côlon ou dans le rectum Cela est vrai surtout dans les invaginations iléocoecales irréductibles, lorsqu'il n'existe ni gangrène ni perforation. Dans le cas contraire la partie invaginée doit être reséquée. Lorsque les deux extrémités de l'intestin ne sont pas du même calibre, la continuité doit être rétablie au moyen de plaques d'approximation perforées. Dans les cas de plaies multiples par armes à feu situées sur le côté ou sur la convexité de l'intestin, les plaques sont préférables à la suture. Expériences d'adhésion. — La réunion définitive d'une plaie intestinale n'est complète qu'après la formation d'un réseau de vaisseaux nouveaux sur les surfaces séreuses qu'on a rapprochées. Elle peut se produire dans l'espace de six à douze heures La scarification du péritoine au siège des surfaces d'approximation aide à la formation d'adhérences curatives. Les greffes épiploïques, larges de deux pouces et assez longues pour entourer l'intestin, lui sont adhérentes en douze ou dix-huit heures. Ce temps de l'opération ne devrait jamais être négligé dans la résection circulaire ou dans la suture de grandes plaies intestinales.

M. le Dr Senn présente alors des pièces provenant de chiens sur lesquels l'opération avait été pratiquée. Elles montrent admirablement son efficacité.

Section de gynécologie.

Président M. le Dr Henry O. Marcy, de Boston. Secrétaires : MM. les Drs Georges Apostoli, de Paris ; Ernest W. Cushing, de Boston ; Horatio R. Bigelow, de Washington, et Carl Pawleck, de Vienne.

Après avoir souhaité la bienvenue aux hôtes étrangers, M. le Dr Marcy parle de Marion Sims à la fois avec orgueil et avec chagrin. C'est lui qui a fait mériter aux Etats-Unis le titre de berceau de la gynécologie. Si la mort n'était point venue l'enlever à la force de l'âge, sa parole éloquente aurait remplacé mon modeste discours. Puissions-nous dans nos transactions imiter sa droiture d'esprit dans la recherche de la vérité !

M. le Dr Nathan Bozeman (de New-York) fait une communication sur *le drainage artificiel simultané de la vessie, des*

reins et de l'utérus par le vagin, avec et sans pression graduée. Il décrit un instrument par lequel il sépare parfaitement la membrane utérine de la muqueuse et qui accomplit en même temps le drainage. Il termine par les conclusions suivantes : 1° On n'accorde pas assez d'importance au temps final de l'opération de la fistule ; il en constitue la principale difficulté ; 2° L'occlusion de l'orifice de l'utérus et l'incision du col dans la vessie et le rectum sont de mauvaises opérations entraînant l'abolition des fonctions génératrices et donnant lieu à de la cystite ; 3° Une grande amélioration consiste dans le drainage combiné à la dilatation du vagin ; il remédie aux inconvénients de l'incontinence d'urine et il aide à la cicatrisation des incisions ; 4° Dans les fistules incurables nous pourrons atténuer les souffrances qu'entraine l'incontinence d'urine par le drainage ; 5° La colpo-cystotomie pratiquée dans le cas de cystite n'est plus contre-indiquée, grace à ce système de drainage ; 6° Je crois que l'opération que j'ai nommée colpo-uréchrocystotomie, suivie de l'examen des uretères et du bassinet, et de leur traitement, lorsqu'ils sont malades, a pour elle un brillant avenir. Elle pourra se pratiquer dans les pyélites, les calculs des reins et l'obstruction des uretères.

MM. les Drs GRAILEY HEWITT (de Londres) et HUESTON (de Philadelphie), s'accordent avec l'auteur.

M. le Dr HORATIO B. BIGELOW (de Washington) lit un mémoire intitulé : *Gynécologie conservatrice.* Il remarque que les opérations sont souvent pratiquées sans nécessité et que l'on peut maintefois guérir les tumeurs de l'utérus et les maladies inflammatoires des trompes et des ovaires sans l'aide du bistouri. Il condamne l'oöphorectomie pratiquée pour l'hystérie. Il termine en insistant que la chirurgie abdominale doit être pratiquée seule par des hommes compétents.

M. le Dr W. W. POTTER (de Buffalo), fait une communication sur l'*emploi du tampon vaginal dans l'inflammation pelvienne.* Il est d'avis que beaucoup des maladies des annexes de l'utérus, traitées méthodiquement à leur début, pourraient guérir sans opération et pour obtenir ce résultat le tamponnement régulier, prolongé et systématique du vagin constitue l'agent le plus sûr ; mais il faut que le tamponnement soit fait avec soin et, dans les cas de déplacement des organes du bassin, il doit se pratiquer dans la position génu-pectorale. Dans les déplacements en arrière de l'utérus, le doigt seul doit servir à replacer l'organe. L'on introduira ensuite le tampon multiple. Le même traitement s'applique au prolapsus et aux inflammations des ovaires. Le tamponnement constitue, dans les érosions et les ulcérations du col, dans l'hypertrophie de la matrice, dans le cystocèle, dans le rectocèle, etc., un mode de traitement soit préparatoire soit curatif. Il en est de même dans les inflammations pelviennes, qu'elles soient d'origine péritonéale, cellulaire ou tubaire.

M. le Dr J. E. BURTEN (de Liverpool) lit un essai intitulé : *A quelle époque de la grossesse tubaire devons-nous opérer?* L'opération n'est pas un succès au point de vue thérapeutique ; même les cas favorables ne guérissent qu'au bout de douze mois. Elle est indiquée dans les conditions suivantes : 1° Fibro-myome à croissance rapide, compliquée d'hémorrhagies ; 2° Pyo-salpynx avec péritonite ; 3° Ovarite chronique avec douleur localisée ; 4° Paramétrite ; 5° Dégénérescence kystique des ovaires avec douleur ; 6° Dans les névroses d'origine distinctement ovarienne qui ont résisté des années à tout traitement. L'opération ne doit jamais se faire dans l'hématocèle des trompes, dans l'hémato-salpyngite et dans la gestation ectopique. La laparotomie et le drainage peuvent être indiqués, mais l'ablation des organes jamais.

SECTION DE CLIMATOLOGIE MÉDICALE ET DE DÉMOGRAPHIE.

Président : M. le Dr Albert L. GIHON, de la marine des Etats-Unis. — Secrétaires : MM. les Drs E. BERTHERAND (d'Alger), Charles Denison (de Denver), Edmund Owen (de Londres), et R. Wernich (d'Allemagne).

Le discours inaugural du président a pour titre : *L'importance de la Climatologie et de la Démographie comme annexes de la médecine.* Il rappelle les services que peut rendre l'étude sérieuse de la climatologie, qui est un aide puissant à la médication préventive. C'est grâce à elle que les marais de Savannah et de la Hollande, la Maremma de la Toscane et la Campagne romaine ont vu leurs émanations pestilentielles se transformer en vapeurs innocentes. C'est pourquoi il faut que dorénavant les statistiques vitales soient tenues avec le plus grand soin, sous la direction du gouvernement.

M. le Dr George H. ROHÉ (de Baltimore) fait une communication sur *les éléments météorologiques du climat et leur influence sur l'organisme humain.*

M. le Dr W. T. Parker (de Newport) presente un essai sur le même sujet.

SECTION DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE MILITAIRE ET NAVALE.

Président : M. le Dr Henry H. Smith (de Philadelphie). — Secrétaires : MM. les Drs Wm. Browning (de Brooklyn), J.-Mc.-F. Gaston (d'Atlanta), et Eli-A. Wood (de Pittsburg).

Dans son discours d'ouverture, le président remarque qu'il n'y a pas de pays où le soldat ait l'occasion de monter si rapidement en grade que dans le nôtre et où le corps médical militaire ait fait de plus rapides progrès. Les chirurgiens américains ont rendu de vastes services dans les guerres européennes. La grande valeur de l'histoire médico-chirurgicale de la guerre de la Sécession est reconnue de tous. Le Dr SMITH termine par une dissertation sur les hôpitaux sous tentes, dans les temps de guerre.

M. le Dr MARSTON (de Londres) lit un article du chirurgien-major Francis Patrick Staples (d'Irlande) traitant *de l'analyse des eaux en campagne.*

M. le major Morse K. TAYLOR, chirurgien dans l'armée des Etats-Unis (de San-Antonio), fait une communication sur *la nécessité d'un examen plus minutieux des eaux des postes militaires, là où il existe une quantité anormales de maladies, et l'examen des conditions hygiéniques environnantes.* Il fait remarquer que les postes pourvus d'eau pure en quantité suffisante, se trouvent dans des conditions sanitaires excellentes.

Dans la discussion qui s'ensuit, M. le Dr W. H. LLOYD, inspecteur général de la marine anglaise rappelle que l'on fait toujours l'analyse de l'eau destinée au matelot.

M. le Dr Joseph R. SMITH trouve qu'il est difficile de décider si une eau est bonne ou non, car il est impossible de se servir du microscope en campagne.

M. le Dr MARSTON (d'Angleterre) passe en revue certaines épidémies observées parmi les soldats, dont l'origine provenait d'eau impure.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Président : M. le Dr DE LASKIE MILLER (de Chicago). — Secrétaires : MM. les Drs W.-W. Jaggard (de Chicago), Joseph Kucher (de New-York) et J. Williams (de Londres).

M. le Dr MILLER fait un élégant discours dans lequel il souhaite la bienvenue à ses confrères de l'étranger. La tâche du médecin est souvent ingrate; la recherche de la vérité est entourée de difficultés, mais nous ne devons pas nous laisser décourager, même en présence de questions importantes, qui sont encore aujourd'hui aussi loin d'être décidées qu'elles l'étaient au siècle passé. Le président parle ensuite des difficultés qui se rencontrent dans la pratique de l'obstétrique ; il espère que la craniotomie dans les bassins étroits sera exceptionnellement pratiquée, car la mortalité maternelle est beaucoup plus grande qu'on ne le croit. Pour le traitement de la gestation ectopique, nous avons besoin de règles plus précises. Le diagnostic doit être fait au début; dans ce cas, l'électricité peut rendre de grands services. La propreté constitue le meilleur agent d'asepsie dans l'état puerpéral. Après avoir fait l'historique de l'obstétrique aux Etats-Unis, il mentionne, en terminant, les noms des hommes distingués morts dans l'année qui vient de s'écouler : MM. Mc Clintock, Meadows et Schröder.

On passe à la lecture d'un essai envoyé d'Angleterre par le Dr J. BRAXTON HICK intitulé : *Des contractions de l'utérus pendant la durée entière de la grossesse, et de leur valeur dans le diagnostic de la grossesse, soit normale, soit compliquée.* Il y a déjà quinze ans que l'auteur a fait remarquer que l'utérus se contractait pendant la durée entière de la grossesse, à des intervalles variant de cinq à vingt minutes. Depuis lors, il a fait de nombreuses recherches. Avant le quatrième mois, la contraction se remarque à l'aide du toucher bimanuel. Après cette époque, l'examen externe suffit. L'utérus gravide n'offre pas de résistance au toucher, sauf pendant sa contraction. Souvent chez une jeune fille, l'examen de l'abdomen suffit à faire porter un diagnostic sans l'aide du toucher vaginal. Il conclut : 1° Que l'utérus se contracte à des intervalles de cinq à vingt minutes pendant la durée entière de la grossesse; il reste en contraction de trois à cinq minutes. 2° Que l'utérus pendant la contraction, est si rigide qu'il est difficile d'obtenir la délimitation du fœtus, quoique cela soit facile pendant les intervalles. 3° L'existence des contractions nous permet souvent de porter le diagnostic différentiel entre la grossesse normale et d'autres conditions. 4° Les contractions, au point de vue physiologique, ont pour fonction de vider les veines utérines du sang carbonisé qu'elles contiennent. 5° C'est, du reste, ce sang qui constitue l'agent excitateur des contractions.

M. le professeur Alexandre SIMPSON (d'Edimbourg) dit que la contraction utérine pendant la grossesse est un fait accepté de tous et qu'elle aide souvent à faire un diagnostic dans des cas difficiles.

M. le Dr A.-F.-A. KING (de Washington) trouve que c'est un signe souvent difficile à reconnaitre et qui a de la valeur, surtout après le troisième mois.

M. le professeur CHARPENTIER (de Paris) apprécie la valeur très réelle de ce signe et raconte l'observation d'un cas d'hydramnios, où sa présence permit de faire le diagnostic.

M. le Dr DUNCAN C. MAC CALLUM (de Montréal) fait une com-

munication sur *les hémorrhagies supplémentaires*. Après avoir fait un résumé de leur bibliographie, il cite quatre observations personnelles; dans deux d'entre elles, des vomissements de sang se déclarèrent au lieu des menstrues, dans la troisième de l'épistaxis et dans la dernière une abondante hémoptysie.

M. le Dr C.-J. PARKE (de Chicago) cite un cas d'hémorrhagie supplémentaire stomacale.

MM. les Drs OPIE (de Baltimore), NELSON (de Chicago) et Rodney GLISSAN (de Portland) prennent part à la discussion.

M. le professeur F. LAZAREWITCH (de Saint-Pétersbourg) lit un article intitulé : *le mécanisme du travail et le forceps normal*. Il a fait construire un forceps à branches droites et parallèles. 1° Le forceps doit être considéré comme un simple appendice des mains. 2° Plus les cuillères sont petites, plus il est facile de les introduire. 3° Le risque de traumatisme augmente avec la dimension de la cuillère. 4° Les bords convexes ne doivent être ni trop minces ni trop épais. 5° L'instrument doit s'articuler facilement en permettant une légère rotation longitudinale en branches. 6° Les branches doivent être parallèles. 7° Les manches doivent être construits pour faciliter l'introduction. 8° Le forceps doit être fabriqué de métal poli, afin de pouvoir le rendre facilement aseptique. 9° Il est inutile et même nuisible de donner à l'instrument une courbe pelvienne. 10° Le forceps parallèle, qu'il nomme forceps normal, remplit toutes ces conditions.

M. le Dr W. STEWART (de Philadelphie) présente un *forceps à branches parallèles*.

M. le Dr OPIE fait remarquer que la valeur de l'instrument dépend grandement de l'habileté de celui qui le manie.

SECTION D'OTOLOGIE.

Président : M. le Dr S. J. JONES (de Chicago). — Secrétaire : M. le Dr S. O. Richey (de Washington).

M. le PRÉSIDENT fait un historique abrégé de l'otologie.

M. le Dr S. S. BISHOP (de Chicago) lit un *rapport sur* 5,700 *cas de maladies des oreilles, classées suivant l'âge, le sexe, l'occupation et la nature de l'affection*.; *étiologie*. 1° L'adolescence est une cause prédisposante. 2° Le sexe n'a pas d'influence. 3° 80 pour cent sont des affections chroniques ; 90 pour cent ont pour siège l'oreille moyenne. 4° Les causes du catarrhe nasopharyngien sont aussi le facteur étiologique des maladies de l'oreille moyenne. 5° Le tempérament nerveux prédomine.

M. le Dr B. LOEWENBERG (de Paris) fait une communication sur le *traitement et la bactériologie des furoncles de l'oreille*. 1° Les furoncles proviennent d'une affection qui pénètre par les conduits follicules cutanés. 2° L'apparence successive de furoncles sur le même individu provient de l'auto-contagion. 3° L'infection peut se porter d'un individu à un autre. Lorsque le furoncle n'est pas encore ouvert, il se sert d'une solution alcoolique d'acide borique (20 pour cent). Lorsque le pus s'est fait jour, il lui substitue une solution sur-saturée d'acide borique. Ce traitement détermine quelquefois un arrêt de développement du furoncle ; il empêche en tous cas l'auto-inoculation. Le micro-organisme qui se trouve le plus souvent dans le furoncle aural est le staphy-coccus-albus ; quelquefois aussi les staphy-lococci-aureus et citreus.

M. le Dr L. TURNBULL (de Philadelphie) lit un article sur *la cause et le traitement des furoncles de l'oreille*.

SECTION DE PATHOLOGIE.

Président : M. le Dr Alonzo B. PALMER (d'Ann Arbor). — Secrétaire : MM. les Drs H. M. Biggs, de New-York et Isaac N. Hines, de Cleveland

M. le PRÉSIDENT, dans son discours d'ouverture, remarque que la médecine arrive à grands pas à être une science exacte.

M. le Dr GEORGE R. ELLIOT (de New-York) fait une communication sur *la paralysie provenant de pression dans le mal de Pott*. La lésion est d'origine mécanique et ne constitue pas une véritable myélite.

SECTION DE MÉDECINE PSYCHOLOGIQUE ET DE MALADIES NERVEUSES.

Président : M. le Dr JUDSON B. ANDREWS (de Buffalo). — Secrétaires : MM. les Drs G. A. Blumer, d'Utica ; A. Bouchereau, de Paris ; et E. D. Ferguson, de Troy.

M. le PRÉSIDENT prononce un discours sur *la distribution et le soin des aliénés aux Etats-Unis*. A mesure que l'on s'avance vers l'Ouest, le nombre des aliénés diminue. L'augmentation proportionnelle de fous parmi la race nègre est très grande. Il existe, aux Etats-Unis, cent vingt-et-un asiles, contenant 61,411 malades. Le Dr Andrews entame une longue dissertation sur les lois relatives à la folie dans les différents Etats. Puis il fait remarquer que l'on est en train d'inaugurer des réformes importantes dans les asiles d'aliénés.

M. le Dr G. J. BLANDBORD lit un essai du Dr Hack Tuke, de Londres, intitulé : *Des diverses mesures instituées pour le soin des aliénés aux Etats-Unis et dans la Grande-Bretagne, et du rapprochement entre les aliénistes américains et anglais au sujet de l'emploi de moyens mécaniques dans la restriction des fous*.

Discussion par MM. les Drs SAVAGE (de Londres), et ANDREWS (de Buffalo).

M. le Dr Henry M. HURD (de Pontiac) fait une communication sur : *Les hallucinations religieuses chez les aliénés*.

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRES MÉDICALES.

Président : M. le Dr TRAILL GREEN (d'Easton). — Secrétaires : Les Drs Frank Woodbury (de Philadelphie) ; A. S. Gubb (de Londres) ; L. Lewin (de Berlin) ; et Dronke (de Berlin).

M. le PRÉSIDENT donne un aperçu historique du développement de l'étude de la thérapeutique et des matières médicales.

M. le Dr J. M. CARTER (de Waukegan) présente un essai intitulé : *Synopis de la Botanique médicale aux Etats-Unis*.

MM. les Drs COGHILL, PHILLIPS, WILLIAM MURRELL et FRANK WOODBURY énumèrent les bons résultats qu'ils ont obtenus dans l'emploi de certaines plantes indigènes.

M. le Dr F. E. STEWART (de Wilmington) fait une communication sur : *L'investigation des matières médicales du monde par le gouvernement des Etats-Unis*. Il veut que le gouvernement se charge de surveiller l'introduction de médicaments nouveaux, et qu'il empêche les fabricants de ces médicaments d'en demander des prix exorbitants.

Plusieurs des membres de la section partagent les vues du Dr Stewart.

SECTION DE LARYNGOLOGIE.

Président : M. le Dr W. H. DALY (de Pittsburg). — Secrétaires : MM. les Drs William Porter (de Saint-Louis) ; D. N. Rankin (d'Alleghany) ; Ottakar Chiari (de Vienne) ; Hermann Krause (de Berlin) ; et E. G. Moure (de Bordeaux).

M. le PRÉSIDENT commence son discours inaugural en exprimant aux délégués étrangers tout le plaisir qu'il ressent à leur souhaiter une cordiale bienvenue. Il attire ensuite l'attention de ses auditeurs sur les progrès immenses qu'a fait la laryngologie depuis 1876. En rhinologie, il en est de même, surtout dans le traitement de la rhino-bronchite spasmodique ou *hay fever*, dont la cause est intranasale. Le laryngologue de l'avenir doit accorder plus d'importance aux cavités nasales, et le rhinologue devra être chirurgien plutôt que médecin.

M. le Dr Richard H. THOMAS fait une communication sur *les causes du soi-disant hay fever, de l'asthme nasal et d'affections analogues, étudiées au point de vue clinique*. Les facteurs qui entrent dans l'étiologie de la fièvre de foin et des autres névroses du nez sont : 1° Le système nerveux général. 2° L'état spécial où se trouve le système nerveux n'est pas analogue à l'épilepsie. 3° Il existe soit une hypertrophie intra-nasale, soit un polype, soit une cause quelconque d'obstruction. Les névroses nasales peuvent fort bien exister sans qu'il y ait la moindre obstruction. 4° Affection nasale chronique. 5° Des zônes de sensibilité, qui sont très variables. 6° Un état spécial soit des centres nerveux, soit des terminaisons nerveuses. Il existe une série de causes excitantes, tels que poussières, lumière, changements de temps, etc. La guérison de la fièvre de foin est dépendante de la disparition du processus local ou général qui en est la cause.

SECTION DE PHYSIOLOGIE.

Président : M. le Dr J. H. CALLENDER (de Nashville). — Secrétaires : MM. les Drs R. W. Bishop (de Chicago) ; Bernard Fraenkel (de Berlin) ; et Randolp Barksdale (de St-Pétersburg).

M. le PRÉSIDENT attire l'attention de l'assemblée sur l'influence exercée par la cellule sur les processus de développement et de nécrobiose.

M. le Dr Daniel G. CLARK (de Toronto), fait une communication sur *les ganglions de la base du cerveau comme centres de pouvoir psychique et fonctionnel*.

M. le Dr Richard CATON (de Liverpool) lit un article qui a pour titre : *Recherches sur les phénomènes électriques de la matière grise du cerveau*. 1° Il existe des courants électriques dans la matière grise des circonvolutions. 2° Les courants cessent après la mort. 3° Dans les parties du cerveau qui sont le siège d'une fonction spéciale, une variation négative se produit pendant l'activité fonctionnelle.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS.

Président : M. J. Lewis SMITH (de New-York). — Secrétaires : Les docteurs J. N. Love (de Saint-Louis), Henry [illegible] (de Mount-Vernon), Dillon Brown (de New-York) et Lucien Dervansville (de New-York).

M. le PRÉSIDENT [illegible]

nombre de communications d'un intérêt tout pratique qui vont être présentées à la section.

M. le Dr Jules SIMON (de Paris) fait lire un essai sur *une forme d'irritation cérébrale chez les enfants.* Elle ne résulte point de lésions organiques, elle n'est pas d'origine héréditaire ou syphilitique, mais elle est due à la manière déplorable dont on élève les enfants. Leur sommeil est souvent interrompu, ils sont sous le coup d'excitations constantes qui finissent par produire des vomissements et des convulsions. Vers l'âge de cinq ans ou ils guérissent ou ils succombent à la sclérose cérébrale, l'épilepsie ou la méningite. Le médecin doit interdire toute cause d'excitation. La campagne ou le bord de la mer doit être préféré comme lieu d'habitation.

M. de SAINT-GERMAIN n'a pu se rendre au Congrès et envoie une courte note dans laquelle il propose de substituer *l'igni-ponture des amygdales à la tonsillotomie et à la dilatation du prépuce à la circoncision.* Dans le premier cas, il opère au thermo-cautère, pénétrant assez profondément dans l'amygdale. Il renouvelle l'application trois ou quatre fois à des intervalles d'une semaine. Dans le second cas, il se sert d'un dilatateur à deux lames ; il l'introduit dans le prépuce qu'il dilate tout simplement et dont il sépare les adhérences au moyen d'une sonde cannelée.

M. le Dr Levis A. SAYRE (de New-York) fait une communication sur *les conséquences nuisibles du prépuce étroit et des adhérences préputiales.* On admet en général, de nos jours, que la pression du prépuce sur le gland peut donner lieu à des phénomènes de paralysie et à d'autres accidents nerveux. Le seul mode de traitement consiste à faire disparaître la constriction et à permettre au prépuce de glisser facilement sur le gland. Dans certains cas, pour obtenir ce résultat, on est obligé d'avoir recours à la circoncision, ou à l'ablation d'une portion du prépuce, avec dissection des vraies adhérences qui peuvent exister. Souvent, il n'est pas nécessaire d'enlever une partie du prépuce et l'on peut détruire les adhérences à l'aide de la sonde cannelée, faire une légère incision dorsale, libérer le frein et ainsi découvrir le gland. L'ablation complète du prépuce laissant le gland entièrement à découvert, ne doit pas se pratiquer. Il existe, sans doute, toute une série de manifestations nerveuses anormales et extraordinaires, qui dépendent uniquement d'une irritation des organes génitaux ; l'intervention chirurgicale les fait disparaître instantanément. Il est évident que l'opération reste sans résultat lorsque les accidents ont une origine centrale.

MM. les Drs De F. WILLARD, J. N. LOVÉ, S. C. GORDON et P. R. FURBECK partagent entièrement l'opinion du docteur Sayre.

M. le Dr C. W. EARLE (de Chicago) fait la lecture d'un essai intitulé : *Investigation dans le but de déterminer si l'absence d'infection des eaux et des égouts peut influer sur la prévalence et la gravité de la diphthérie.* La maladie existe dans les montagnes et dans les grandes prairies du Nord-Ouest. Elle est tout aussi mortelle dans les localités où il n'existe pas d'égouts. L'infection se transporte à des centaines de lieues au moyen d'un véhicule inconnu.

SECTION DE CHIRURGIE DENTAIRE ET D'OTOLOGIE.

Président : M. le Dr Jonathan TATT (de Cincinnati). — Secrétaires : MM. les Docteurs C. M. Dudley (de Salem) et F. H. Rehwinkel (de Chillicothe).

M. le PRÉSIDENT passe en revue les progrès qu'a fait l'art dentaire, dans les 50 dernières années.

M. le Dr R. J. PORRE (de Cincinnati), fait une communication sur *la pyoémie d'origine dentaire.*

SECTION D'OPHTHALMOLOGIE.

Président : M. le Dr J.-J. CHISHOLM (de Baltimore). — Secrétaires : Les docteurs A. Alt (de Saint-Louis), J. A. White (de Richmond) et R. L. Randolph (de Baltimore).

M. le PRÉSIDENT exprime les regrets que lui cause l'absence du docteur E. Williams, de Cincinnati ; puis il fait allusion aux diverses opérations de l'ophthalmologie ; il passe en revue les affections microbiennes de l'œil, et discute les relations intimes qui existent entre certains réflexes obscurs et certaines affections de l'appareil visuel.

M. le Dr A. MOOREN (de Dusseldorf), fait une communication sur *les désordres de la vision dans leur relation aux affections des lobes occipitaux.* Après avoir cité les recherches de Huguenin, Munk, Hirschberg, Ponfley, Pfluger, Hughlings-Jackson, Gowers et autres, il donne l'analyse de 42 observations personnelles. Le sens de la couleur est localisé dans la partie la plus superficielle de la substance grise du lobe occipital ; au-dessous d'elle se trouvent successivement les centres pour la vision et pour la lumière.

MM. les Drs GRADLE et CHISHOLM citent des observations qui confirment les vues du docteur Mooren.

M. le Dr OLE BULL (de Christiania), lit un article qui a pour titre : *les altérations pathologiques des vaisseaux de la rétine.* Il a vu dix-huit cas de maladies des vaisseaux de la rétine sur 6,500 cas d'affections oculaires. Elles consistaient en embolies, en rétrécissements du calibre, en contractions spasmodiques des artères, en thrombus et en gommes.

M. le Dr P. D. KEYSER (de Philadelphie) croit que la contraction des artères est plus fréquente que la véritable embolie.

M. le Dr A. HEYL (de Philadelphie) se demande si l'apparition de cécité subite n'est point due à une diminution de pression dans le système vasculaire.

M. le Dr BULL conclut que beaucoup de ces affections sont d'origine trophique.

M. le Dr Leartus CONNOR (de Détroit) fait une communication sur *l'eau chaude dans le traitement des maladies des yeux.* Elle entretient l'alimentation des tissus et favorise l'élimination des produits morbides. Elle constitue un agent thérapeutique puissant dans les conjonctivites, les kératites, les irites, etc. 1° Elle produit une contraction des vaisseaux de l'œil et des tissus avoisinants. 2° Elle enlève et détruit les sécrétions et excrétions morbifiques. 3° Elle donne lieu à une activité saine dans les tissus de réparation. 4° Elle soulage la fatigue et le spasme musculaires.

M. le Dr ABADIE (de Paris) trouve que l'on a exagéré les avantages de l'eau chaude, qui n'est plus employée dans les ophthalmies purulentes et dans les kératites ; elle soulage l'irite, il est vrai, mais la morphine, les sangsues, le salicylate de soude, etc., donnent le même résultat.

MM. le Drs DUDLEY, S. REYNOLDS, THOMPSON, KEYSER, POWER, HERBERT, CALHOUN et HOTZ prennent part à la discussion.

SECTION D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET INTERNATIONALE.

Président : M. le Dr Joseph JONES (de la Nouvelle-Orléans). — Secrétaires : MM. les Drs Castellanos, Félix Formento et Le Monnier (de la Nouvelle-Orléans) ; B. D. Taylor (de Columbus) et Walter Wyman (de New-York).

M. le PRÉSIDENT fait un discours très étudié sur *l'hygiène en général.* Il divise son sujet en hygiène domestique, en hygiène nationale et en hygiène internationale.

Séance du mardi 6 *septembre.* (Deuxième journée.)

SECTION DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE MILITAIRES ET NAVALES.

M. le Dr Joseph R. SMITH (de l'armée des Etats-Unis) fait une communication sur *la meilleure nourriture pour le soldat.* Les proportions moyennes de carbone et d'azote doivent être de 330 grammes pour la première substance et de 200 grammes pour la seconde.

En l'absence de l'auteur, M. le Dr LLOYD lit un rapport du Dr John Denis MACDONALD, de l'armée anglaise, sur *une nouvelle forme de brancard.*

M. le Dr Jeffrey A. MARSTON, du ministère de la guerre anglais, fait une communication sur *les hôpitaux en cabanes.*

M. le Dr James COLLINS (de Philadelphie), lit un article intitulé : *La construction des hopitaux de campagne : Hopital de campagne de l'armée du Potomac, City Point, Virginie, en* 1864-1865. Il était composé exclusivement de tentes où l'on soigna 71,223 hommes.

M. le Dr Austin FLINT (de New-York), fait une communication sur *la fièvre, ses causes, son mécanisme et son traitement raisonné.* Après une discussion sur la chaleur animale, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° les fièvres sont des maladies de durée limitée, surtout lorsqu'elles appartiennent à la classe des affections aiguës. Leur cause réside en un micro-organisme qui perd son activité au bout d'un temps déterminé. 2° Jusqu'ici nous n'avons pu arriver à détruire directement les organismes morbifiques qui donnent naissance aux fièvres continues : nous ne pouvons que modérer leur action et soutenir le pouvoir de résistance du malade. 3° La production de la chaleur animale contient l'oxidation de [illegible] de l'organisme et d'aliments qui est représentée par la formation et l'excrétion de matières azotées, d'acide carbonique et d'eau. 4° L'eau formée dans le corps par un processus d'oxidation doit être considérée comme un principe excrémenteux, en ce qui concerne sa relation à la nutrition générale et à la production de la chaleur animale. 5° La fièvre, telle qu'elle se présente dans les fièvres dites essentielles, est un état de production excessive de chaleur qui engendre une nutrition défectueuse, une production anormale de matières excrémenteuses azotées et d'acide carbonique, et leur élimination une perte et une dégénérescence des tissus et la suppression partielle ou complète de la formation d'eau. 6° En dehors de complications et d'accidents, les phénomènes ataxiques de la fièvre varient suivant l'élévation de la température. Leur amélioration dépendra donc de l'emploi d'agents qui abaisseront la température. 7° L'application du froid à l'extérieur

et l'administration de fébrifuges n'ont pas d'influence sur la cause spéciale de la fièvre, mais modifient seulement les accidents dépendant de l'hypothermie. 8° Chez l'individu sain la consommation des tissus qui servent à la production de la chaleur animale est contrebalancée par une production plus considérable d'eau. 9° Dans la fièvre, au contraire, la formation et l'excrétion de l'eau se font d'une manière insuffisante ; la destruction et la dégénérescence des tissus en sont intensifiées. 10° L'alimentation dans les fièvres est rendue difficile par les troubles qui existent du côté des organes digestifs. Il faut donc administrer des aliments de digestion facile ou de substances que l'on a fait digérer en partie antérieurement. 11° Parmi les hydro-carbures, l'alcool s'oxyde promptement et s'absorbe sans préparation digestive antérieure. 12° En proportion exacte de son oxydation dans le corps, l'alcool fournit la matière consommée par la production excessive de chaleur dans la fièvre et empêche ainsi la destruction et la dégénérescence des tissus. 13° L'introduction de substances consommées par la production de chaleur dans la fièvre, diminue plutôt qu'elle n'augmente l'intensité de l'hypothermie. 14° Comme l'oxidation da l'alcool engendre nécessairement la production d'eau, son action dans la fièvre tend à restaurer le processus normal de production de la chaleur dans lequel l'eau joue un rôle si important. 15° Le grand désidératum dans le traitement de la fièvre, consiste à limiter et à réduire l'hypothermie par les moyens directs et indirects ; à limiter et à réparer la destruction et la dégénérescence des tissus par l'alimentation ; à fournir les matières que consomme la production anormale de chaleur, et à placer ainsi l'organisme dans les conditions les plus favorables à sa convalescence après la disparition de la maladie.

SECTION D'ANATOMIE.

M. le Dr L. H. DUNNING (de South Bend) fait une communication sur l'*anatomie et l'importance chirurgicale du tissu cellulo-adipeux péri-rénale et de la capsule rénale.* Il fait allusion au rôle protecteur que remplit ce tissu adipeux qui entoure le rein. La capsule agit comme une barrière qui empêche toute inflammation de s'étendre au rein. On doit tenir compte de cette disposition particulière dans l'intervention chirurgicale, telle que la néphrorhaphie, la néphrolithotomie et la néphrotomie.

M. le Dr W. T. OPPENHEIMER (de Richmond) montre des *photographies d'un appareil pour le traitement des fractures du col chirurgical et anatomique de l'humérus.*

M. le Dr PANCOAST rappelle les progrès qu'a fait l'*anatomie du cerveau.* De plus, il cite ses opinions personnelles au sujet de la localisation des lésions cérébrales, au sujet des relations des muscles aux articulations qu'ils avoisinent, au sujet du peu de vitalité du cartilage articulaire, et au sujet de l'emploi de l'extension et de la contre-extension dans les arthrites. Il croit qu'il n'existe que quatre os dans la métacarpe, que les aponévroses profondes agissent non seulement comme protection mais aussi comme ligaments. Il parle ensuite des fractures de la tubérosité bicipitale. Il trouve que l'expression *anastomose* ne doit s'appliquer qu'au système vasculaire, etc., etc. Somme toute, il aborde une foule de sujets.

M. le Dr Albert B. STRONG fait une communication sur *les sections du bassin de l'homme, montrant les rapports du péritoine au rectum, à la vessie et à la ligne médiane de la paroi abdominale, surtout dans ses relations avec la cystotomie suprapubique.*

M. le Dr F. C. SHAEFER (de Chicago) lit un article intitulé : *Considérations anatomiques suscitées par la perte du cuir chevelu en entier, d'une oreille et de la plus grande partie des paupières.* Il obtint la guérison par la greffe cutanée.

SECTION DE CHIRURGIE DENTAIRE ET D'OTOLOGIE.

M. le Dr WILLIAM CARR (de New-York) fait une clinique sur le traitement des fractures des maxillaires par un nouvel appareil interdentaire. Daus les fractures du maxillaire inférieur, il est curieux de noter que les malades ne viennent se faire traiter que plusieurs jours après l'accident. Ce n'est que lorsque l'enflure commence à l'inquiéter qu'il vient demander l'avis d'un chirurgien. Après avoir pris l'impression des dents avec de la cire, il fabrique un appareil en caoutchouc vulcanisé qui couvre toutes les dents de la mâchoire inférieure et celles de la mâchoire supérieure situées postérieurement aux canines. Il ajuste d'abord l'appareil à la mâchoire saine, puis remet en position le maxillaire fracturé. L'appareil doit être porté de trois à quatre semaines.

M. le Dr E. BRASSEUR fait une communication sur l'*emploi de l'air dans la thérapeutique dentaire.* Il insiste sur l'avantage de remplacer le bichlorure et le bi-iodure de mercure et l'acide phénique en cristaux par l'air chaud, qui détruit avec plus d'efficacité les microbes de la bouche et des dents cariées.

M. le Dr JUNIUS E. CRAVENS (de Indianapolis) lit un essai intitulé : *Traitement des dents sans pulpe.* Il n'admet pas que la dent sans pulpe soit nécessairement une dent morte. Au lieu de traiter la dent avec des escarotiques, il nettoye complètement le canal pulpaire et le ferme hermétiquement avec de l'argent en feuilles

MM. les Drs THOMAS FILLEBROW (de Portland) et A. W. HARLAN (de Chicago) diffèrent entièrement d'avis avec l'auteur.

M. le Dr W. C. BARRETT (de Buffalo) trouve étonnant que de nos jours on puisse soutenir des absurdités telles qu'en contient le travail du docteur Cravens.

SECTION DE CLIMATOLOGIE ET DE DÉMOGRAPHIE.

Les membres de la section adoptent les résolutions suivantes : 1° Qu'il doit exister dans chaque pays un Bureau de statistique vitale, organisé sur une base uniforme. 2° Que le secrétaire général fasse part aux gouvernements des divers pays de la résolution précédente. Le docteur Chas. Denison, de Denver, fait une communication sur « Le meilleur climat pour les phthisiques. » Dans les Etats-Unis, il se trouve à une altitude de quinze cents pieds dans le Nord, en hiver, et à une hauteur de dix mille pieds, dans le Sud, en été. Lorsque les malades sont âgés, lorsqu'ils sont d'un tempérament nerveux, lorsqu'ils souffrent de lésions valvulaires du cœur, d'emphysème, de pneumo-thorax, de pneumonie, d'hémoptysie ou de fièvre considérable, les stations climatériques élevées sont contre-indiquées. En tout cas, il leur faut un climat clair, sec, froid, à température stable.

M. le Dr John WILLIAM MOORE (de Dublin) lit un article qui a pour titre : *La prévalence de la pneumonie suivant les saisons.* Pour lui la pneumonie est une véritable fièvre, à cause des considérations suivantes : 1° Elle se présente souvent sous forme d'épidémie. 2° Elle est infectieuse. 3° Dans beaucoup de cas, elle est d'origine typhoïde. 4° Sa période d'invasion ressemble à celle des autres fièvres spécifiques. 5° L'apparition de phénomènes généraux avant que les signes locaux ne soient appréciables. 6° La défervescence brusque. 7° La presence d'accidents du côté de la peau, tels que herpès, taches bleuatres, etc. 8° Les complications qui se développent à sa suite, telles que la néphrite, etc. 9° La découverte d'un bacille, probablement pathogénique.

M. le Dr Henry B. BAKER (de Lansing) présente un essai sur : *Les rapports qui existent entre certaines conditions météorologiques et les maladies aiguës des poumons.* Il rappelle que l'air froid est de l'air sec ; il ne peut contenir que 3 centigrammes de vapeur d'eau à zéro, Fahr. — Or l'air exalé à la température de 98° Fahr. contient plus d'un gramme de vapeur d'eau, qu'il a soutiré des organes respiratoires Il y produit ainsi une sécheresse anormale, qui peut être suivie d'irritation et de suppuration. Il prétend que c'est en cela que réside souvent la cause du coryza, de la bronchite et de la pneumonie. Il a publié des statistiques qui tendent à montrer que même les maladies contagieuses, telles que la fièvre scarlatine, la diphthérie et la variole, obéissent aux mêmes lois que les affections des organes de la respiration.

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE.

M. le Dr HUGH HAMILTON (de Harrisburg) lit un mémoire sur *La philosophie chimique du remède.* Les progrès en bactériologie et en chimie ont prouvé que cette philosophie existe. L'activité des microbes se montre par la transformation des éléments organiques normaux du sang en éléments nuisibles et même mortels. Le but du remède est leur destruction. Les bactéries contiennent de l'albumine ; en les soumettant au vide, au froid, à la chaleur, ou à la combustion, nous les détruisons. Si nous les privons, par un moyen quelconque, de leur oxigène, ils périssent. L'expérience clinique démontre que tel ou tel remède est administré, soit à cause de son pouvoir d'oxydation, soit parce qu'il réussit à détruire les microbes et leurs spores, par la substitution des radicaux.

M. le Dr MURRELL (de Londres) remarque que ce sujet est d'un grand intérêt, bien qu'il ait été négligé en général par les thérapeutistes, à l'exception toutefois du professeur WORMBY (de Philadelphie) et du docteur STOCKMAN (d'Edimbourg).

M. le Dr STOCKMAN explique que le travail auquel le docteur Murrel fait allusion a été fait en collaboration avec un ami. Il avait été frappé du manque d'information contenu dans les ouvrages scientifiques sur la cause de la fièvre et sur l'amaigrissement.

M. le Dr PHILIP (d'Edimbourg) a fait dernièrement une expérience intéressante à ce sujet. Par le procédé de Stas, il a obtenu du crachat d'un phthisique, maintenu pendant quelque temps à la température du corps, un alcaloïde, un ptomaïne, qui, injecté chez un mammifère, a produit de la fièvre et un amaigrissement progressif. L'administration de belladone ou d'atropine après l'injection du nouvel alcaloïde déterminait un arrêt de la fièvre et de l'amaigrissement.

M. le Dr J. S. SINCLAIR COGHILL (de l'île de Wight) fait une communication sur *le Chlorate de Potasse.* Il a fait une série d'expériences, dans lesquelles il a trouvé que la quantité du médicament administré à un malade, se retrouve presque entière dans ses urines. Ce sel est si riche en oxygène qu'il peut apparemment sans se décomposer contribuer à l'oxygénation du sang.

Discussion par les docteurs H. A. HARE, J. SOLIS-COHEN, Traill

GREEN, MURRELL, G. L. MAGRUDER, FRANK WOODBURY et F. E. STEWARD.

M. le Dr Charles D. F. PHILLIPS (de Londres) lit un mémoire sur l'*action de certains médicaments sur la circulation et la sécrétion du rein.* (*A*) Médicaments qui causent d'abord la contraction et ensuite la dilatation du rein : 1° La caféine (en doses faibles) produit d'abord une diminution de la tension vasculaire, qui est suivie par une augmentation. La quantité d'urine est diminuée dans la première période; elle augmente dans la seconde. De grandes doses peuvent même produire de l'anurie. 2° L'ulexine (1 centigramme) produit une sécrétion d'urine abondante, mais de courte durée, dans la période de dilatation. (*B*) Médicaments qui causent la dilatation du rein, mais à un degré moindre que la caféine et l'ulexine : Ce sont la dextrose, l'urée, le chlorure et l'acétate de sodium, etc. (*C*) Médicaments qui occasionnent la contraction du rein sans dilatation subséquente : 1° La digitaline, avec augmentation de la sécrétion urinaire. 2° La spartéine, avec diminution de la sécrétion. 3° La strophanthine cause une contraction passagère. 4° L'apocynéine, de même. 5° La térébenthine donne le même résultat. 6° L'adonidine aussi. 7° Le chlorure de barium aussi.

M. le Dr Samuel S. WALLIAN (de New-York) lit un article dans lequel il conseille *d'abandonner complètement l'emploi des médicaments* et de n'avoir recours qu'aux bains, au massage, à l'électricité et à l'hygiène.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS.

M. le Dr MONCORVO fait une communication sur *la syphilis héréditaire et le rachitisme au Brésil.* A Rio de Janeiro et dans les environs, 60 pour cent des maladies d'enfants ont comme étiologie la syphilis des parents. Malgré l'avis contraire émis au Congrès de 1881 par le docteur C. WEST, l'auteur a diagnostiqué le rachitisme chez 45 pour cent de ses jeunes malades.

M. le Ds William STEPHENSON (d'Aberdeen) lit un article intitulé *la croissance chez les enfants.* Les conséquences cliniques de la croissance plus ou moins rapide de l'enfant ont une importance très grande. Si, par exemple, pendant l'année qui vient de s'écouler, l'augmentation en poids d'un jeune garçon a été du double ou du triple de ce qu'elle a été dans d'autres années, l'enfant est-il capable de supporter plus ou moins de fatigue mentale et physique? La fille croît le plus rapidement entre onze et treize ans, le garçon entre quatorze et seize ans. L'auteur considère que nombre des phénomènes qui se déclarent à l'âge de la puberté sont attribuables à cette activité dans la croissance.

M. le professeur VICTOR C. VAUGHAN présente un mémoire sur l'*emploi du lait de vache dans l'alimentation artificielle des enfants.* Lorsque le lait de vache a subi la plus légère altération, il contient un principe qui donne naissance au choléra infantum. Pendant la saison chaude, il conseille de l'employer avec les plus grandes précautions.

M. le Dr WHITE pose les règles suivantes : 1° Examiner le lait au papier de tournesol et y ajouter de l'eau de chaux, si c'est nécessaire; 2° n'en donner qu'une petite quantité dans les 24 heures; 3° se servir de bouteilles de la grandeur voulue pour qu'elles contiennent juste assez de lait pour un seul repas; celles dont on ne se sert pas doivent être lavées à l'eau chaude et gardées dans une solution alcaline; 4° conserver le lait sur la glace, après qu'il a été amené au point d'ébullition.

MM. les Drs A. E. GOOWIN et W. D. BOOKER sont de l'avis du professeur Vaughan.

M. le Dr WILLIAM P. NORTHRUP (de New-York) lit un article intitulé : *l'anatomie pathologique de la diphthérie laryngée dans ses rapports avec l'intubation.* On ne trouve chez les enfants morts de trois à sept jours après l'introduction du tube d'O'Dwyer qu'une erosion superficielle de l'épithélium. Lorsque la maladie est accompagnée de complications graves, l'extrémité inférieure du tube produit une ulcération assez profonde sur la paroi antérieure de la trachée. Dans les 116 autopsies qu'il a pratiquées, il n'a jamais trouvé ni lait ni substance étrangère dans les bronches.

M. le Dr E. BOUCHUT (de Paris) fait une communication sur le *tubage du larynx dans le rétrécissement et dans l'asphyxie du croup.* En 1858, l'auteur avait déjà fait le tubage du larynx chez plusieurs enfants. Il avait obtenu trois guérisons sur dix cas. Puis il donne l'observation détaillée d'un enfant de 18 mois, dans le larynx duquel il introduisit une canule en argent et qui guérit en fort peu de temps.

M. le Dr J. O'DWYER (de New-York) fait une communication sur l'*intubation du larynx.* Il commença ses expériences en 1880, au New York Foundling Asylum. La trachéotomie n'y avait pas donné un seul résultat heureux depuis quelque temps. Beaucoup de médecins hésitent à pratiquer une opération dangereuse et difficile; le vulgaire ne peut comprendre que pour soulager un enfant il faille lui couper la gorge. Le Dr O'Dwyer se servit d'abord d'un cathéter prostatique qu'il introduisait par le nez, mais il dut abandonner ce procédé, car le patient enlevait lui-même l'instrument. Il fit alors construire un tube court, qu'il a depuis modifié plusieurs fois avant d'arriver à un appareil satisfaisant, dont il se sert aujourd'hui La partie du tube située au-dessus de l'orifice supérieur s'élargit graduellement; la pression des cordes vocales sur ces parois inclinées et le poids du tube lui-même empêchent son expulsion lors d'un accès de toux. Le tube n'est pas construit assez large pour qu'il soit serré par le larynx, afin qu'il puisse être expulsé s'il se formait des masses de pseudo-membranes trop considérables pour passer par son ouverture. C'est là la raison pour laquelle le tube ne reste pas toujours en place, même lorsqu'il n'existe pas de fausses membranes. L'intubation est en apparence une opération simple; mais elle ne l'est, en vérité, pas. Le médecin habile la pratiquera facilement dans un cas ordinaire, mais il rencontrera beaucoup de difficulté dans un mauvais cas. L'intubation ne deviendra jamais un agent de guérison satisfaisant, car elle ne saurait influer sur les complications qui rendent le croup membraneux si fatal. Dans la comparaison entre la trachéotomie et l'intubation, il ne s'agit pas de déterminer si l'une des opérations donnera plus de succès que l'autre; la question est celle-ci : Laquelle sera pratiquée le plus souvent? A laquelle les parents se soumettront-ils le plus facilement?

M. le Dr F. E. WAXHAM (de Chicago) lit un mémoire sur l'*intubation du larynx, ses avantages et ses désavantages. Statistiques de l'opération.* Elle n'est pas facile à pratiquer; le tube est difficile à retirer; il entrave souvent la déglutition. D'un autre côté, on peut la faire instantanément sans douleur, sans hémorrhagie, sans choc; le tube n'a pas besoin d'être nettoyé, le traitement subséquent est très simple. L'intubation a été faite mille fois depuis deux ans; elle a sauvé d'une mort certaine 269 personnes.

M. le Dr CHARLES G. JENNINGS (de Détroit) préfère la trachéotomie; d'abord il y a obtenu de meilleurs résultats, puis il redoute les difficultés dans l'alimentation que suscite l'introduction du tube dans le larynx.

MM. les Drs T. J. PITNER et NORTHRUP prennent part à la discussion.

SECTION DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE MILITAIRES ET NAVALES

M. le Dr ROBERT REYBURN (de Washington) fait une communication qui a pour titre : *Les plaies produites par les balles explosibles sont-elles de nature à exiger des lois internationales qui interdissent l'emploi de ce projectile?* Les balles explosibles produisent des plaies lacérées suivies de suppuration étendue; elles devraient être interdites.

M. le Dr CHARLES W. VOORHEES (de New-Brunswick) lit un mémoire sur le *même sujet* et arrive aux mêmes conclusions.

M. le Dr MARSTON, du ministère de la guerre anglais, dit qu'aucune nation civilisée n'a employé ce genre de projectile depuis la guerre de Crimée.

M. le Dr JEFFREY A. MARSTON (d'Angleterrre) lit un essai fort intéressant sur l'*âge de l'acclimatation du soldat par rapport au service.* L'homme âgé de 27 à 30 ans fait le meilleur soldat. L'auteur discute ensuite l'influence du climat sur les troupes, surtout dans l'Inde. Les maladies les plus communes sont la fièvre typhoïde, l'hépatite et les troubles cardiaques.

Les auteurs des trois mémoires suivants étant absents, on en lit les titres :

Sir THOMAS LONGMORE, professeur de chirurgie militaire à l'Ecole médicale de l'armée : *Faut-il qu'un soldat en temps de guerre porte sur lui un premier pansement? Dans ce cas faudrait-il qu'un pansement fit partie de l'équipement du soldat en campagne? En quoi ce pansement doit-il consister et où le soldat doit-il le porter?*

M. le professeur VON ESMARCH (de Kiel) : *Du premier pansement temporaire sur le champ de bataille.*

M. le Dr M. W. C. GORI (d'Amsterdam) : *Du traitement antiseptique des plaies en temps de guerre.*

M. le Dr JOHN ANDERSON (de Londres) fait une communication sur l'*insolation dans l'Inde.* Après avoir passé en revue les différentes variétés d'insolation, l'auteur fait remarquer que le soldat doit se vêtir légèrement et manger peu. Il condamne fortement l'emploi de l'alcool; la meilleure boisson consiste en thé froid, avec du jus de citron. Comme médication, il administre des injections sous-cutanées de bromydrate de quinine (15 à 25 centigrammes).

M. le Dr MARSTON partage l'avis de son compatriote sur l'administration du bromhydrate de quinine. On a rapporté, il est vrai, des cas de tétanos résultant de ce traitement; si la solution avait été pure et les instruments propres, ces accidents ne seraient pas arrivés.

MM. les Drs HENRY ERNEST GOODMAN, MOSES K. TAYLOR, SHERWOOD, JAMES COLLINS, GEORGE T. LANGRIDGE, ELI A. WOOD, MAX J. STEIN et W. H. LLOYD prennent part à la discussion.

SECTION DE LARYNGOLOGIE.

M. le Dr J. P. KLINGENSMITH fait une communication sur la *fièvre de foin (Hay-asthme)*. Les irritations locales, les hypertrophies, etc., en constituent le point de départ ; la poussière, le pollen, la lumière, etc., en sont les causes excitantes. L'application du thermo-cautère donne les meilleurs résultats. Il faut traiter les zones sensitives à l'acide lactique ou au cautère. Le traitement doit être institué quinze jours avant l'apparition habituelle de l'affection.

Discussion par les Drs LENNOX BROWNE, E. F. INGALS, W. E. CASSELBERRY, J. MAC-KENSIE, SOLIS-COHEN, RIDGE, STOCKTON et THOMAS.

M. le Dr RANKIN (d'Alleghany) lit un mémoire intitulé : *Quelques remarques sur l'histoire de la rhinologie.*

Puis une discussion spéciale est entamée par le Dr E. F. INGALS sur l'*épistaxis*. Les cas sévères exigent un traitement général. Il faut rechercher le point saignant et le cautériser. Diverses méthodes pour l'arrêt mécanique de l'hémorrhagie sont proposées.

SECTION DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

M. le Dr E. C. SPITZKA (de New-York) fait une communication sur l'*anévrisme miliaire*. Il cite l'observation d'une femme de 24 ans, morte d'affection cérébro-spinale, dont le frère et le père avaient succombé de la même manière.—Puis il communique un cas de *malformation du cerveau* avec anomalies des autres organes, chez un enfant de 5 ans.

M. le Dr SAVAGE (de Londres) cite un cas analogue à celui de la malade du Dr Spitzka. L'élément héréditaire n'existait pourtant pas.

M. le Dr DANIEL CLARK (de Toronto) lit un mémoire intitulé : *Des rémissions et des intermissions dans l'aliénation.* L'auteur y émet une série d'opinions philosophiques plus ou moins obscures.

MM. les Drs BLANDFORD, SAVAGE, FERGUSON et HUGHES diffèrent, du reste, absolument de l'auteur.

M. le Dr Horace WARDNER (d'Anna) lit un article intitulé : *Occupation pour les aliénés.* Il présente un certain nombre de patients dont la guérison est remarquable.

M. le Dr BOWER (de Bedford) s'occupe, dans son mémoire, du même sujet ; il le traite au point de vue des malades dans les asiles particuliers d'Angleterre.

M. le Dr I. W. FISHER (de Boston) lit un travail sur *la monomanie et ses équivalents modernes.* Il existe une forme première commune d'aliénation. Beaucoup de cas dépendent de l'abus de l'alcool. La folie peut se déclarer sans qu'il y ait hérédité, etc.

M. le Dr BANNISTER (de Kankakee) : *Note sur la classification de la folie.*

M. le Dr WALTER CHANNING (de Boston) lit un mémoire intitulé : *Classification internationale des maladies mentales.* Elle n'est pas approuvée par les Drs Yellowlees, Duquet et C. H. Hughes, de Saint-Louis.

M. le Dr C. H. HUGHES lit un travail sur *la véritable nature et la définition de la folie.*

SECTION DE CHIRURGIE.

M. le Dr John HOMANS (de Boston) fait une communication sur *trois cent quatre-vingt-quatre laparotomies pour affections diverses.* Il a l'habitude de se servir de drains qu'il fait nettoyer toutes les quatre heures, mais il n'est pas d'avis qu'ils drainent la cavité abdominale, bien que Keith, d'Edimbourg, conserve huit litres de liquide qu'il a retirés ainsi. Il a eu un cas de tétanos suivant la laparatomie, avec mort au troisième jour et un cas de calcul vésical produit par des poils qui sont tombés dans la vessie. Le nombre maximum de ses guérisons successives a été de trente-huit. Il considère que les kystes suppurés de l'ovaire sont très rares, car il n'en a vu qu'un. Il se sert du procédé extra-péritonéal, ayant recours a l'écraseur. S'il ouvre la vessie pendant l'opération, il y laisse une sonde molle à demeure. Il a eu cinq cas de fibromes, accompagnés d'hémorragies; une guérison, un avec amélioration, un sans amélioration. Il a fait une ablation de l'utérus avec résultat fatal. Il a opéré un abcès de l'ovaire qui a guéri ; de même pour une péritonite tuberculeuse. Cinq cas d'anus contre-nature, trois guérisons. La castration pour affections nerveuses ne lui a pas donné de bons résultats. Deux cas de myxo-lipoma, un mort. Il a pratiqué la laparotomie une fois pour un abcès pérityphique ; le malade guérit.

M. le Secrétaire lit un mémoire du Dr ADDINELL HEWSON (de Philadelphie) dans lequel il recommande la réunion des bords de la plaie abdominale dans la laparatomie sans l'aide de sutures. Il y arrive au moyen d'une gaze spéciale qu'il nomme *gaze de Dona-Maria.*

M. le Dr I. M. MATTHEWS (de Louisville) lit un article intitulé : *Quand la colotomie est elle indiquée?* Dans le cas d'épithélium du rectum, lorsque la lésion est située à trois pouces de l'anus, la colotomie ne doit pas se faire ; s'il existe un rétrécissement situé trop haut pour qu'on y arrive avec le doigt, s'il est d'origine syphilitique, etc., l'on ne doit pas opérer.

MM. le Pr DAWSON et le Dr QUIMBY sont de l'avis de l'auteur ; mais le Dr Samuel BENTON (de Londres) ne voit pas pourquoi la colotomie est contre-indiquée dans le cancer du rectum. Elle soulage la douleur.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

M. le Dr Thomas MORE-MADDEN (de Dublin) lit un mémoire intitulé : *Des causes et du traitement de la stérilité.* Il y a peu de problèmes gynécologiques qui nous soient présentés aussi souvent et qui soient d'une importance pratique plus grande. Les cas que l'auteur a réunis peuvent se diviser comme suit : 1° Ceux dans lesquels la stérilité est causée par l'impuissance sexuelle ou par une obstruction mécanique siégeant sur le trajet de la vulve aux ovaires. 2° Les cas de stérilité vraie, incapables de concevoir à cause d'affections congénitales ou acquises de l'utérus ou de ses annexes. 3° Cas de stérilité dus à des causes constitutionnelles. 4° Cas dans lesquels la cause paraît être d'un ordre moral, incongruité sexuelle, etc. Le rétrécissement du canal cervical est la cause la plus fréquente de la stérilité ; une opération peut seule la guérir. L'auteur recommande d'opérer avec beaucoup de soins, toute simple que puisse paraître l'intervention, afin d'obtenir une dilatation suffisante et permanente. Je me sers, dit-il, d'une forme spéciale de directeur, qui peut s'introduire dans n'importe quel canal ; je fais passer, grâce à lui, un bistouri jusqu'au delà de l'orifice interne, et j'ai recours à un dilatateur utérin très puissant. L'auteur passe ensuite aux flexions de la matrice et au rôle qu'elles jouent dans l'étiologie de la stérilité, à l'endométrite chronique et aux affections des trompes. Il ne conseille pas leur ablation, car leur ponction ou leur cathétérisation est souvent suffisante.

M. le Dr S. C. GORDON (de Portland) ne croit pas qu'il y ait de canal assez étroit pour empêcher le passage des spermatozoïdes.

M. le Dr GRAILY HEWITT croit que le redressement de l'utérus fait plus de bien que sa dilatation.

MM. les Drs LAPTHORN SMITH et DANIEL J. NELSON attribuent souvent la cause de la stérilité à l'impuissance du mari.

M. le Dr REEVES JACKSON (de Chicago) fait une communication sur *le traitement moderne du cancer utérin.* Il est basé sur la théorie de l'origine locale du cancer de la matrice ; son ablation complète seule peut en amener la cure radicale. Conclusions : 1° Toute opération qui n'enlève pas entièrement les tissus altérés, sera suivie de récidive. 2° Il est impossible de fixer une limitation à l'extension du processus morbifique ; aussi n'y a-t-il d'intervention opératoire qui garantisse son ablation complète. 3° C'est pourquoi une opération dangereuse ne doit pas être pratiquée si l'on peut avoir recours à un traitement plus bénin. 4° D'autres méthodes de traitement, six fois moins mortelles que ne l'est l'hystérectomie vaginale, donnent des résultats tout aussi satisfaisants quant à l'amélioration des accidents et quant à la probabilité de récidive. 5° L'hystérectomie vaginale ne diminue point la souffrance. Au lieu de prolonger la vie de la patiente, elle la met en danger.

M. le Pr GRAILY HEWITT (de Londres) lit un mémoire intitulé : *Des rapports qui existent entre les modifications de la structure de l'utérus et entre les changements qui se produisent dans sa forme.* Dans l'appréciation exacte du véritable rapport qui existe entre les altérations de la substance de l'utérus et ses changements de forme, il est évident que la période initiale de ces modifications présente un intérêt tout spécial. L'on se sert, en général, du terme métrite chronique pour indiquer les altérations de la substance utérine. Il existe une modification structurale de la matrice, qui apparaît quelquefois vers l'âge de la puberté, surtout chez des jeunes femmes qui ont eu une alimentation insuffisante ; les tissus utérins sont mous, la patiente souffre. Cette mollesse n'est pas d'origine inflammatoire; l'organe est très flexible et il existe, en général, une flexion marquée. L'auteur a décrit cet état il y a dix ans, et l'a observé souvent depuis lors ; le Dr Charles D. Scudder en parle sous le nom de *mollities uterines.* Cette altération structurale de l'utérus doit être considérée comme un agent de grande importance, dans l'origine et dans l'augmentation des flexions de l'organe. L'utérus étant flexible à l'état anormal, tout effort tendra à augmenter facilement la flexion ; à plus forte raison cela arrivera-t-il dans le cas où une force mécanique agira subitement et violemment sur l'organe. Le processus de fixation de la matrice peut donc être lent ou rapide. La flexion est permanente une fois que le tissu utérin aura repris sa consistance ferme. La flexion résulte quelquefois d'une malconformation congéniale, ou d'un arrêt de développement à l'époque de la puberté, sans altération des tissus. Chez les multipares, il existe une condition analogue, connue sous le nom d'involution utérine défectueuse, dans laquelle la substance de l'organe est molle ; la flexion en résulte souvent. L'auteur prétend que les troubles circulatoires qui accompagnent la congestion utérine proviennent d'un courant artériel faible et de la compression des tissus de l'organe, causée par la flexion qui

coexiste. L'utérus se fléchit d'une manière permanente dès que se produit le processus de durcissement, désigné par Jacobi sous le nom de métrite chronique. Il considère que l'endométrite est causée par une hypertrophie congestive de la muqueuse utérine, et par la rétention de sécrétions irritantes ; sauf dans le cas de gonorrhée ou de syphilis, l'endométrite serait donc secondaire.

M. le Dr W. H. WATHEN (de Louisville) fait une communication sur *la dilatation rapide du col de l'utérus*. L'auteur a eu l'occasion de remarquer les mauvais résultats que donne la dilatation du canal cervical par les tentes et les incisions pratiquées pour la cure de la dysménorrhée et de la stérilité. La dilatation rapide par le dilateur à deux valves, ou mieux encore par un instrument de son invention qui remplace le dilateur d'Ellinger, modifié par Goodell, donne des résultats beaucoup plus satisfaisants. Il rappelle que l'emploi de tentes peut être suivi d'endométrie, d'hématocèle pelvien, d'inflammation péritonéale ou pelvienne, de septicémie et de tétanos, et qu'il ne produit apparemment pas d'amélioration permanente. Le dilateur à deux valves est comparativement aseptique; les dangers immédiats et ultérieurs de l'opération sont pour ainsi dire nuls. Elle guérit presque toujours la dysménorrhée et abolit souvent la cause de la stérilité. L'incision antérieure, postérieure, ou bilatérale du col, s'étendant jusqu'à la paroi vaginale, ou à travers l'orifice interne, vaut mieux que l'introduction de la tente. Il dilate le col dans son cabinet de consultation sans l'administration d'anesthésie locale ou générale, et permet à la patiente de rentrer chez elle quelques minutes après. Quand il veut dilater au delà d'un centimètre, il fait une piqûre de morphine et d'atropine et endort sa malade avec du chloroforme avant d'opérer. Il recommande la plus grande propreté et l'observation de précautions antiseptiques. Il se sert de dilateurs de trois grandeurs différentes. L'opération est contre-indiquée dans le cas d'inflammation pelvienne et d'affection des trompes ou des ovaires ; il faut être certain que la cause des désordres réside dans le canal cervical (1).

M. le Dr A. MARTIN (de Berlin), constate que l'opération a fait de remarquables progrès et que l'instrument dont se sert le Dr Wathen remplit mieux les indications que les anciens dilateurs. L'on dilate pourtant trop souvent.

MM. les Drs C. R. REED, GOELET, STEASON, WEEKS et autres se joignent à la discussion.

SECTION D'OPHTALMOLOGIE.

M. Henry POWER (de Londres), lit un mémoire intitulé : *Des microbes dans le développement des maladies des yeux*. L'auteur passe en revue les recherches de Pasteur et de ceux qui le suivirent dans la découverte de la nature et du mode de propagation des microbes ; il fait allusion aux expériences de Huxley et autres, qui démontrèrent que la présence de ces organismes engendrait la maladie, et la découverte du micrococcus de la syphilis et [illegible] de l'ophtalmie. Le chalazion, l'onglet, la blépharite ciliaire, la conjonctivite purulente, la kérato-iritis, la névrite optique sont d'origine microbienne. Le micro-organisme peut agir de trois manières : 1° Il pénètre dans les tissus et les prive de l'alimentation nécessaire à leur développement ; 2° Il s'approprie tout l'oxygène ; ou 3° il peut engendrer des ptomaines. Les tissus, à l'état normal, peuvent résister aux attaques des microbes ordinaires que nous trouvons dans l'air des grandes villes ; la fatigue et la cachexie peuvent leur fournir un terrain où ils se développent [illegible]. Il en conclut qu'il faut éviter tout ce qui peut nuire à l'état général du malade et l'éloigner des centres de population. Il rappelle que, sur mer, à une certaine distance de la terre, l'air ne contient pas de microbes.

M. les Drs ABADIE et MANOLESCU font quelques remarques sur la nécessité rigoureuse d'antisepsie dans toute opération sur l'œil.

M. le Dr HALL (de Philadelphie), considère qu'il est faux de penser qu'un remède, qui agit sur le microbe contenu dans une solution [illegible], peut guérir les conditions morbides produites par lui, et que l'on peut à volonté substituer un antiseptique à un autre?

M. le Dr B. [illegible] dit que les résultats obtenus avant l'introduction des antiseptiques étaient aussi bons qu'ils le sont aujourd'hui.

D'après M. le Dr LANDOLT, de Paris, l'on n'emploie pas assez [illegible] dans les opérations sur l'œil [illegible].

MM. les Drs GALEZOWSKI et KEYSER recommandent l'antisepsie.

M. les Drs REYNOLDS et E. SMITH n'emploient pas le [illegible].

M. le Dr P. D. KEYSER (de Philadelphie) fait une communication sur *le traitement opératoire de la* [illegible]. [illegible]

rences nouvelles se forment ; il peut se développer des désordres sympathiques dans l'autre œil. Lorsque le centre de la capsule est transparent, il ne conseille pas de reséquer une partie de l'iris. La méthode de Streatfield est la meilleure. L'auteur montre un crochet très délicat, qui est une modification de l'instrument de Weber ; il l'introduit par une ouverture aussi petite que possible faite avec une aiguille tranchante.

M. le Dr GALEZOWSKI considère l'opération excellente. Si les désordres inflammatoires persistent, il a recours à un traitement local et général ; puis, lorsqu'il est disparu, il pratique l'iridectomie deux ou trois semaines après.

SECTION D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET INTERNATIONALE.

M. le Dr J. A. S. GRANT-BEY (du Caire) lit un article intitulé : *L'histoire de l'hygiène dans l'Egypte moderne.* Il y discute les méthodes employées par le vice-roi Mohammed-Ali, par le khédive Tewfik-Pacha et par le gouvernement britannique.

M. le Dr W. L. SCHENCK donne lecture d'un mémoire intitulé : Du *rapport de la médecine d'Etat à la jurisprudence médicale.*

M. le Dr RICHARD H. DAY (de Baton-Rouge) lit un *Rapport sur les effets des inondations du Mississipi.*

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOGRAPHIE.

M. le Dr G. ROHÉ (de Baltimore) fait une communication sur *le développement anormal des poils.* Il nous intéresse spécialement lorsqu'il siège sur la figure ; nous avons heureusement un remède infaillible : l'électrolyse. Il est intéressant de noter que chez les personnes poilues, le développement des dents n'est souvent pas normal ; elles n'ont en général qu'un nombre restreint de dents. Darwin avait remarqué le même fait chez les chiens anormalement poilus. L'hérédité est un facteur très important dans la production de l'affection.

M. le Dr UNNA (de Hambourg) recommande de faire le plus souvent possible un examen histologique de la peau. Il ne doute pas que ce soit une maladie héréditaire ; mais, au point de vue scientifique, cette explication est insuffisante.

M. le Dr THIN (de Londres) croit que la maladie est due à un développement physiologique imparfait.

MM. les Drs GOTTHEIL, RAVOGLI et REYNOLDS continuent la discussion.

M. le Dr VALENTIN KNAGGS (de Londres), dans un travail sur une *méthode nouvelle pour le traitement local des maladies de la peau,* propose de substituer des émulsions aux onguents ; il en a fait usage depuis deux ans, dans les eczémas et dans les autres exudations non spécifiques avec d'excellents résultats. L'inonction avec l'huile a rendu de grands services, mais elle n'adhère pas à la peau ; on peut remédier à cet inconvénient en ajoutant aux substances oléagineuses des résines, des gommes pour obtenir des émulsions de graisse et d'eau. Il emploie la formule suivante :

Paraffine molle.	30	grammes.
Pulv. gum. acac.	8	—
Acide boric..	1	—
Aquæ.	60	—

Faites une émulsion. — On peut y ajouter du bismuth, du zinc, du soufre ou tout autre médicament.

M. le Dr UNNA reconnaît l'utilité de ce traitement, mais conteste sa nouveauté, car il l'emploie depuis longtemps.

M. le Dr H.-J. REYNOLDS (de Chicago) fait une communication sur *une méthode nouvelle pour le traitement des maladies de la peau, causées par des parasites végétaux.* Dans le favus, le *sycosis* et le *Tinea* du cuir chevelu, il est nécessaire que le parasiticide pénètre jusqu'au fond du follicule pileux. Dans ce but, après avoir fait l'application de ce médicament, il place le pôle positif d'une batterie sur la région malade et le pôle négatif sur une autre partie du corps ; une loi de physique bien connue fait pénétrer la solution médicinale. Dans les trois observations qu'il cite, il a employé une solution (1/010) de bichlorure ; il y trempe directement son électrode positif et l'applique sur la partie malade.

M. le Dr THIN considère la forte solution de bichlorure comme dangereuse ; elle produit, en outre, une calvitie qui peut être permanente.

MM. les Drs JULER DAVIS, ROHÉ et autres prennent part à la discussion.

SECTION DE MÉDECINE

M. le Dr Joseph KORÖSI, directeur des statistiques municipales de Budapesth lit un article intitulé : *Du pouvoir préventif de la vaccination.* Il passe en revue toutes les opinions qui ont été émises pour et contre le pouvoir préventif de la vaccination ; les statistiques sur lesquelles elles sont basées n'ont pas la valeur absolue que l'on veut leur attribuer. Même lorsque les chiffres prouvent que la mortalité des individus non vaccinés est supérieure à celles des individus vaccinés, les antivaccinateurs répondent que la première catégorie est composée d'enfants malades et faibles dont l'état général les prédispose à contracter la variole. M. Ko-

(1) Nous [illegible]

rösi leur répond. Il distingue entre mortalité et léthalité. La mortalité représente la chance que tout être vivant a de mourir; la léthalité, la chance de mort d'un individu malade. Si nous connaissions, par exemple, la léthalité générale des non-vaccinés, nous pourrions déterminer si leur léthalité pour la variole est plus grande; cette différence dépendrait entièrement de leur non-vaccination. Mais pour déterminer la léthalité générale des vaccinés et des non-vaccinés, il faut que les registres d'hôpital indiquent dans chaque cas (médical ou chirurgical) si le malade a été vacciné ou non. Cette mesure est en vigueur depuis 1886 dans dix-neuf hôpitaux de Buda-Pesth et de Hongrie. Vingt mille cas démontrent que la léthalité générale des vaccinés est de 8 0/0, et celle des non-vaccinés est de 13 0/0. Donc l'assertion des anti-vaccinateurs est vraie. Mais parmi les varioleux, la léthalité des non-vaccinés est montée à 6.66 0/0; elle devrait donc représenter à peu près 10 0/0, mais en réalité elle est de 49.68 0/0. Il y a toutefois deux facteurs qui donnent ce résultat : le mauvais état général des non-vaccinés est le fait de leur non-vaccination. Dans ces conditions-là, nous pouvons affirmer que pour le varioleux non-vacciné la chance de mourir est élevée à 500 0/0, uniquement parce qu'il n'a pas été vacciné. La non-vaccination cause trois fois et demi plus de cas de petite vérole. La mortalité est calculée par la même méthode, qui fonctionne à Bupa-Pesth et dans neuf autres villes de la Hongrie, où elle est appliquée, en outre, à la syphilis, la tuberculose, etc. M. Körösi discute longuement les rapports des différentes maladies entre elles, au point de vue de la valeur et de la portée des statistiques.

MM. les Drs C.-A. Leale, Lynch et Waugh partagent les opinions du Dr Körösi, dont ils apprécient le mémoire, fort intéressant.

M. le Dr W.-M. Whitmarsh (de Londres) fait une communication sur *la Vaccination et le traitement de Pasteur*. Il ne considère pas la vaccination comme un préventif contre la variole, bien qu'elle diminue les probabilités de contagion. La loi exige, en Angleterre, que les enfants âgés de plus de trois mois soient vaccinés. Dans son article sur la méthode de Pasteur, il donne minutieusement le mode de préparation du virus pour inoculation, et explique le principe dont il découle. Il montre les appareils employés ainsi qu'une solution du virus. Pour lui, Pasteur est un chimiste scientifique de premier ordre, mais il n'est ni médecin ni chirurgien. Il est difficile de savoir si les individus inoculés par Pasteur ont eu la rage ou non. Il propose d'instituer une série d'expériences sur des condamnés.

M. le Dr C.-A. Leale a l'occasion de soigner de 18.000 à 20.000 enfants malades chaque année. Bien que des centaines d'entre eux aient été mordus par des chiens, il n'a jamais eu un cas d'hydrophobie.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

M. le Dr James C. Cameron (de Montréal) lit un article intitulé : *L'influence de la leucémie sur la grossesse*. Nos connaissances sur ce sujet sont très limitées. Nous savons que cette affection est fréquente chez les femmes, surtout à l'époque de la grossesse ou de la menstruation; son effet sur les organes de la génération est peu connu. Elle se développe fréquemment vers la fin de la grossesse. Il cite l'observation d'une malade, chez laquelle la leucémie était héréditaire.

M. le professeur A. Charpentier (de Paris) fait une communication sur l'*urémie expérimentale*. Il donne le résultat d'expériences qu'il a faites sur la production artificielle d'urémie chez des animaux pendant la grossesse. Il a fait, dans le sang, des injections successives d'urée jusqu'à ce qu'elle s'y présentat en excès. Dans ce cas, la mort du fœtus précédait celle de la mère, et la quantité d'urée trouvée dans ses veines était supérieure à celle que contenaient les veines de la mère. C'était là, du reste, la cause de la mort du fœtus.

M. le Dr William T. Lusk (de New-York) trouve que cette hypothèse est fort ingénieuse.

M. le Dr Alexander R. Simpson (d'Édimbourg), présente un mémoire sur l'*uniformité dans la nomenclature obstétricale*.

M. le Dr William T. Lusk (de New-York) fait une communication sur *le pronostic de la section césarienne*. Il condamne sévèrement la facilité avec laquelle on a recours à la craniotomie. Pour la section césarienne, un résumé consciencieux des statistiques donne des résultats très favorables, même avec la méthode ancienne, lorsque les conditions sont bonnes et que l'opération est pratiquée avec habileté. Il est, en général, possible d'éviter une issue fatale. L'auteur compare les resultats brillants obtenus à l'etranger à la mortalite des dernières opérations américaines, et considère que l'on ne pourra formuler un diagnostic plus favorable que lorsqu'on aura appris à reconnaître les indications opératoires avant le moment où l'opération doit se faire. Ce qui entrave le progrès dans ce pays c'est le diagnostic faux; tout médecin doit s'exercer à reconnaître les malformations du bassin. L'opérateur doit au moins posséder la connaissance théorique de la technique à suivre.

M. le Dr M. Sanger (de Leipzig) lit un mémoire qui a pour titre : *L'opération césarienne*. Le procédé opératoire de l'auteur est préférable à celui de Porro, lorsque l'enfant est vivant ou lorsque l'enfant est mort et que la craniotomie ou l'embryotomie entraînerait la mort de la mère. L'opération ne doit être pratiquée que si la cavité utérine a été maintenue aseptique; elle doit être faite de bonne heure. Il insiste sur les points suivants : 1° Précautions antiseptiques rigoureuses. 2° L'incision abdominale, longue de seize centimètres, doit porter sur la ligne blanche, sur le centre du fond de l'utérus. 3° Il vaut mieux ne pas retirer l'utérus de la cavité abdominale, à moins que le fœtus ne soit mort ou que l'opérateur n'ait pas assez d'aides. 4° La ligature élastique ne doit pas être placée avant d'ouvrir la matrice, car elle met en danger la vie de l'enfant ou elle peut inclure une partie du corps de l'enfant, si bien qu'il faudrait qu'elle fut desserrée au moment où l'opérateur a besoin de ses mains pour un acte plus important. 5° Il faut pénétrer dans l'utérus par une incision médiane antérieure; sectionner le placenta ou le pousser de côté; extraire l'enfant par les jambes et si la tête est prise, étendre l'incision à son extrémité supérieure, afin d'éviter toute lacération de l'utérus dans la direction du col. En même temps un aide comprime les parois abdominales vers l'utérus afin d'éviter la protension de l'intestin ou l'entrée de liquides dans la cavité péritonéale. 6° Le danger d'hémorrhagie n'est pas aussi grand qu'on le suppose. La torsion et la flexion légères de l'utérus et des ligaments larges l'empêchent en général. Il faut se passer de la ligature élastique, si possible. 7° Les bords de la plaie utérine doivent être réunis par de nombreuses sutures. Il faut éviter que les points de suture passent dans la cavité utérine. Il faut obtenir la réunion exacte des surfaces séreuses. La soie est préférable au fil d'argent. Le catgut préparé dans de l'acide chromique, ou du bichlorure donne d'excellents résultats.

M. le Dr W. H. Wathen (de Louisville) fait une communication sur la *section abdominale pour la délivrance du fœtus*. Il la préfère à la craniotomie.

SECTION D'OTOLOGIE

M. le Dr T. E. Murrel (de Little Rock) lit un article intitulé : *Des particularités de l'oreille du nègre dans sa structure et dans ses maladies*. Les différences anatomiques sont assez marquées. La surdité et les affections aurales sont rares.

M. le Dr John Fulton (de Saint-Paul) fait une communication intitulée : *Troubles inflammatoires, prenant leur origine dans les cellules mastoïdes*. Ils sont en général, il est vrai, secondaires à des affections de l'oreille externe ou moyenne. Le diagnostic est difficile. La douleur constitue l'accident le plus marqué; mais elle est souvent située très loin du siège de la maladie. Le seul traitement est l'ouverture des cellules.

M. le Dr G. E. Frothingham (d'Ann Arbor) lit un mémoire intitulé : *Indications pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde; le meilleur mode d'occlusion*.

M. le Dr Robert Tilley (de Chicago) présente un mémoire intitulé : *De la syphilis héréditaire comme cause de suppuration dans l'oreille moyenne*. Il rappelle combien le développement de la cornée se rapproche de celui du tympan, et il se demande pourquoi ce dernier ne serait pas affecté de syphilis comme l'est si souvent la première.

M. le Dr C. M. Hobby (d'Iowa City) fait une communication sur : *La fièvre cérébro-spinale comme cause de surdité*.

SECTION DE PATHOLOGIE

M. le Président lit un mémoire sur : *La pathologie de la maladie de Reynaud* avec une observation intéressante.

M. le Dr E. O. Shakespeare (de Philadelphie) lit un article intitulé : *Recherches expérimentales sur la nature infectieuse du tétanos traumatique*.

M. le professeur Henry Sewell, présente un mémoire qui a pour titre : *Expériences sur l'inoculation préventive du venin du serpent à sonnettes*, dont la lecture est faite par le professeur Vaughan, d'Ann Arbor.

M. le Dr De Solomon (du Michigan) fait une communication sur : *L'immunité produite par l'injection sous-cutanée de cultures stérilisées*.

SECTION DE PHYSIOLOGIE

M. le Dr W. D. Halliburton (de Londres) lit un mémoire intitulé : *Comparaison de la coagulation du sang avec la rigidité cadavérique*. L'action du froid et de certains sels neutres empêche la coagulation du sang; celle du plasma musculaire des animaux à sang chaud est entravée par l'emploi d'une méthode analogue. La dilution de ce plasma, ainsi traité, amène la formation d'un coagulum de myosine, qui se produit le plus facilement à la température du corps; à 0° C. il ne peut pas se former. L'addition d'un ferment préparé d'une manière semblable au ferment de Schmidt, facilite cette coagulation. Ces deux ferments ne sont pourtant pas identiques. La rigidité cadavérique résulte de l'action

d'un ferment analogue à celui qui convertit le fibrinogène en fibrine. Les principales différences entre la formation de la myosine et celle de la fibrine sont les suivantes : 1° La myosine se redissout facilement dans des solutions de sels neutres, et cette solution est capable de se coaguler de nouveau par la dilution et l'addition du ferment de la myosine. 2° La formation de la myosine s'accompagne de formation d'acide lactique. 3° La conversion de myosinogène en myosine ne s'accompagne pas de la formation d'une autre globuline. Ces trois conditions sont différentes dans la formation de la fibrine

M. le Dr THOMAS W. POOLE (de Lindsay) fait une communication sur : *La nécessité de modifier certaines doctrines physiologiques sur les rapports des nerfs et des muscles.* Les muscles involontaires et les bandes musculaires des parois artérielles se contractent quand leur nerf moteur est paralysé ou mort. Les théories de Traube et autres sur la respiration de Cheyene-Stokes, et la croyance que les centres nerveux sont dans un état d'excitation pendant l'asphyxie, sont absurdes. L'électricité est un agent paralysateur de l'activité nerveuse. De même pour la strychnine. L'irritation et l'inflammation ne sont pas accompagnées de l'excitation de l'activité nerveuse. Même les muscles volontaires se contractent plus souvent qu'on ne le pense par une déprivation de force nerveuse.

SECTION D'OPHTALMOLOGIE.

M. le Dr A. MOOREN (de Dusseldorf) lit un mémoire qui a pour titre : *La méthode la plus simple pour l'extraction de la cataracte.* Depuis 1855, il a fait l'opération 5,019 fois. Il n'a pas inventé d'instrument nouveau. Les progrès qu'ont fait l'anesthésie et l'antisepsie font que l'habileté manuelle est un facteur de moins d'importance qu'il ne l'était autrefois. Il considère que la propreté et la désinfection sont identiques ; il évite même l'emploi de l'acide phénique, à cause de ses effets irritants. Avant l'opération il lave soigneusement la figure entière du malade, puis introduit dans l'œil quelques gouttes de solution de cocaïne. Immédiatement avec l'opération il nettoie la paupière avec une solution d'acide borique (3 pour cent). L'opération peut se faire sans spéculum, les seuls instruments nécessaires étant un couteau de Graefe et une pince à griffes pour fixer le globe. Il fait une incision inférieure et se sert du même couteau pour lacérer la capsule à travers la pupille qu'il a laissée intacte. Il enlève le cristallin en le comprimant doucement, frotte la cornée avec la paupière fermée et se sert encore de sa solution boriquée. Puis il fait un pansement très simple et léger. Quand il existe de l'athérome avancé, il préfère pratiquer l'iridectomie, car il pourrait se développer un leucome; dans ces cas, M. Mooren fait une iridectomie supérieure. Il se sert quelquefois d'un bistouri en forme de lance pour faire son incision et pour ouvrir la capsule. L'iris fait rarement protusion. Il n'hésite du reste pas à en faire la résection. Dans les cas non traumatiques, ce procédé donne presque toujours de bons résultats. Il le modifie lorsque la cataracte a un grand noyau dur ; si le cristallin contient un corps étranger, il fait l'iridectomie, afin d'éviter qu'il ne tombe dans la cavité oculaire par les contractions de l'iris La méthode qu'emploie Förster pour faire mûrir la cataracte est la suivante : ponction de la chambre antérieure et friction de la cornée à travers la paupière fermée.

Le Dr GALEZOWSKI (de Paris) préfère l'extraction à travers la pupille dilatée, sans iridectomie. Il pratique une ponction scléro-cornéale et une contre-ponction, retirant le couteau de manière à faire une incision elliptique, la convexité du lambeau étant supérieure. Il pratique l'incision verticale de la capsule, de haut en bas, avec le même couteau. Une légère pression fait sortir le cristallin Les accidents possibles sont la hernie de l'iris, la suppuration de la cornée, l'irite et la cataracte secondaire Afin d'éviter la hernie, il ne faut pas porter l'incision trop en dehors et ouvrir l'œil trop fréquemment ; il vaut mieux le laisser fermé pendant cinq ou six jours en changeant le pansement pour voir s'il y a du gonflement. L'introduction sous la paupière d'un disque de gélatine antiseptique empêche la suppuration. La raison pour laquelle il existe de l'astigmatisme après l'extraction de la cataracte est la suivante : Dans presque tous les yeux il y a de l'astigmatisme, et dans la cornée et dans le cristallin, celui du cristallin corrigeant l'aberration cornéale. Lorsque cet organe est enlevé, le facteur de correction est perdu et l'astigmatisme se produit là où il n'y en avait pas avant l'opération. Lorsque la capsule est dure et résistante, il faut l'amener et la couper aux ciseaux.

M. le Dr N. MANOLESCU (de Bucharest) fait une communication sur l'*extraction de la cataracte sans iridectomie comparée à l'extraction avec iridectomie.* Dans ses opérations simples il a eu du prolapsus de l'iris et d'autres complications provenant de la difficulté qu'il éprouvait à bien nettoyer la chambre ; il croit que la double opération est plus sure. Il se sert d'une solution de sublimé, de pinces à griffes pour la lacération de la capsule antérieure, et fait l'occlusion de la plaie avec une spatule en caoutchouc. Il fait un pansement ferme, hermétiquement clos, qu'il change de bonne heure.

M. le Dr LANDOLT (de Paris) remarque que l'on en arrivera à pratiquer une seule opération pour la cataracte : l'iridectomie et l'extraction.

M. le Dr ABADIE (de Paris) trouve que l'extraction sans iridectomie peut quelquefois retarder le processus réparateur et il la réserve pour les cas les plus faciles.

M. le Dr MARMION (de Washington) partage cet avis.

M. le Dr POWER (de Londres) préfère l'opération sans iridectomie, car la cocaïne a rendu les accidents moins fréquents. Il fait son incision plus près de la section scléro-cornéale que ne le conseille le Dr Galezowski ; il ouvre l'œil aussi rarement que possible. Il se sert d'un pansement léger. L'iridectomie n'empêche ni la suppuration ni le retour de la cataracte.

M. le Dr REYNOLDS (de Louisville) emploie le couteau de Graefe dans l'opération simple et le couteau de Beer lorsqu'il pratique l'iridectomie. Il attache beaucoup d'importance à l'ouverture de la capsule, dans laquelle il taille un lambeau à convexité supérieure. Il ne fixe pas le globe à l'aide de pinces.

M. le Dr KEYSER (de Philadelphie) dit qu'il faut choisir le procédé opératoire suivant la nature de la cataracte.

M. le Dr BAKER (de Cleveland) fait une petite iridectomie ainsi que le conseille Wolf d'Ecosse.

M. le Dr LANDOLT préfère l'iridectomie large.

M. le Dr S. M. BURNETT (de Washington) a fait vingt-cinq extractions sans iridectomie. L'opération donne des résultats satisfaisants.

MM. les Drs E. SMITH, BEAVER, VALK et CHISHOLM se joignent à la discussion.

SECTION DE CHIRURGIE

Discussion sur la chirurgie abdominale.

M. le Dr W. N. HINGSTON (de Montréal) trouve que l'intervention opératoire est indiquée lorsque le trajet du projectile est incertain. Quant à la communication du Dr HOMAN, il s'étonne qu'il ait eu 10 pour 100 de hernies ventrales; il croit facilement que le Dr Homan n'a obtenu qu'une amélioration sur cinq opérations pour troubles nerveux.

M. le Dr J. B. MURPHY (de Chicago) remarque que l'on est quelquefois obligé de faire l'incision en dehors de la ligne médiane pour atteindre l'intestin.

M. le Dr S. C. GORDON (de Portland) dit qu'il a vu trois hernies ventrales sur 80 cas. Il a opéré 33 fois pour hystérie, et 25 de ses patientes diront elles-mêmes aujourd'hui qu'elles sont guéries. Ce résultat ne correspond pas à ceux de beaucoup d'autres opérateurs.

M. le Dr COWDEN a souffert d'une invagination, qui a été réduite sans opération.

M. le Dr DONALD MACLEAN (de Detroit) fait une communication sur *trois cas de maladie chirurgicale du rein; compte rendu des opérations pratiquées pour obtenir leur guérison, leurs complications et leurs résultats.* — 1er cas : femme de 21 ans. Tumeur ovarienne avait été diagnostiquée. Kyste du rein. Laparatomie. Guérison. — 2e cas : femme de 40 ans. Immense kyste du rein. Guérison. — 3e cas : Enfant. Mort.

M. le Dr MARSTON lit un mémoire de sir Thomas Longmore (de Netley) sur la *difficulté de fournir au soldat en campagne un pansement temporaire.* La mesure fut prise pour la première fois, dans l'armée anglaise, pendant la guerre de Crimée (1854). Elle est maintenant adoptée dans presque toutes les armées européennes.

M. le Dr STERN lit une traduction abrégée d'une communication du professeur Von Esmarch (de Kiel) sur le même sujet. Il conseille un pansement antiseptique.

M. le Dr REED BROCKWAY BONTECOU (de Troy) est partisan du pansement préliminaire antiseptique.

M. le Dr J. K. SMITH est du même avis.

M. le Dr PORTER, de l'armée des Etats-Unis, a été blessé lui-même accidentellement pendant une partie de chasse. On lui a fait un pansement à l'iodoforme, qu'il n'a jamais changé complètement et sa plaie a guéri sans suppuration.

M. le Dr NEUDORFER, de l'armée autrichienne, lit un mémoire intitulé : *De l'état actuel de l'antisepsie et du meilleur mode de l'appliquer en temps de guerre.*

M. le Dr B. A. WATSON (de Jersey City) fait une communication sur le *traitement immédiat des plaies par armes à feu.* Il rappelle quels sont les devoirs du chirurgien militaire sur le champ de bataille. Puis il discute les conditions que doit remplir un poste de secours bien installé, les moyens hémostatiques les plus pratiques, le nettoyage des plaies, leur pansement antiseptique, etc., etc.

M. le Dr CULLEN fait remarquer combien il est difficile d'observer les règles de l'antisepsie sur le champ de bataille. Il recommande de transporter les blessés le moins possible. Il considère que le sang que fournit la plaie est le meilleur antiseptique.

M. le Dr WILLIAM VARIAN (de Titusville) trouve que le traitement antiseptique donne des résultats bien supérieurs.

MM. les Drs G. L. LANGRIDGE et CARNOCHAN émettent leur opinion sur la valeur des pansements immédiats.

M. le Dr L. VON FARKAS (de Buda-Pesth) lit un court article qui donne les statistiques des excellents résultats obtenus par le pansement antiseptique; il montre un drain spécial et un spéculum pour l'examen des plaies par armes à feu.

M. le Dr ELI A. WOOD (de Pittsburg) présente un mémoire sur *l'importance de statistiques vitales officielles dans l'armée et dans la marine, par rapport à la distribution de pensions.*

M. le Dr DANIEL SMITH LAMB (de Washington) fait une communication sur *l'importance d'un code international pour le traitement médical des prisonniers de guerre.*

SECTION DE LARYNGOLOGIE.

M. le Dr LENNOX BROWN (de Londres) lit un mémoire intitulé : *Idées actuelles sur la pathologie et le traitement de la tuberculose du larynx.* On admet en général que les bacilles tuberculeux constituent la cause de la laryngite spécifique; ils pénètrent par les conduits respiratoires et s'agglomèrent dans les sommets des poumons, où la respiration est moins forte L'affection est en général secondaire à la tuberculose pulmonaire, et peut être engendrée soit par les crachats, qui infectent une partie dénudée et irritée du larynx, soit par la migration des spores à travers le système lymphatique. Pour que le bacille prospère il lui faut une surface malade, sur laquelle il viendra se fixer. L'état général du patient et l'assimilation défectueuse de ses aliments, par rapport à la nutrition des tissus, favorisent plus le développement de la tuberculose que ne le font les conditions climatériques. La tuberculose laryngée est non seulement secondaire, mais elle peut être primitive, les accidents du côté du larynx se manifestant longtemps avant les lésions pulmonaires. Le larynx présente l'apparence caractéristique; on y trouve l'infiltration, la localisation et les ulcères tuberculeux, mais on ne découvre rien dans les poumons. Quelquefois, ces accidents locaux disparaissent avant que les phénomènes de la tuberculose pulmonaire ne se déclarent. Traitement. — Lorsque la maladie n'est pas trop avancée, l'air de la mer et des montagnes agit remarquablement, par sa pureté même; les inhalations de vapeurs de térébenthine, d'huile d'eucalyptus et de menthol donnent de bons résultants. L'atropine agit fort bien, non seulement comme calmant, mais comme parasiticide. L'arsenic et les sels de chaux agissent de la même manière. Les crachats, la douleur, la toux persistante semblent diminuer après l'administration d'hydrogène sulfuré, mais il est douteux que ce médicament produise une amélioration permanente. C'est le traitement local qui est le plus satisfaisant; après l'application de cocaïne, il faut détruire les nodules tuberculeux, au moyen du thermo-cautère ou de l'acide lactique. L'auteur ne se sert pas d'iodoforme ou d'iodol dissout dans de l'éther, qu'il trouve trop irritant; il est partisan de l'application directe, faite à l'aide d'un pinceau de coton. L'emploi continu du spray détruit les cils des cellules épithéliales. Les calmants locaux et généraux sont formellement indiqués. Il préfère les émulsions faites avec de la gomme d'accaias aux insufflations. L'amélioration produite par la cocaïne est passagère, la morphine et la belladone donnent un soulagement plus durable. L'intervention chirurgicale consiste à gratter les parties atteintes avec la curette ou la pince, et à faire une application d'acide lactique Il ne faut pas pratiquer d'incisions, car, bien qu'elles soulagent quelquefois, elles forment de nouveaux foyers d'infection; il vaut mieux, pour la même raison, ne pas opérer les granulomes, à moins que la respiration n'en soit gênée. La trachéotomie est absolument contre-indiquée, le larynx ne reçoit plus assez d'air, et il s'y forme des colonies de bacilles; l'air froid et sec qui pénètre par la canule peut donner lieu à des complications pulmonaires, la plaie elle-même peut être infectée. L'auteur condamne l'incubation, et l'ablation des parties malades. L'on publie beaucoup d'observations de guérison, qui, pour M. Lennox Brown ne sont que des améliorations plus ou moins permanentes.

M. le Dr COGHIL (de Ventnor), pense que le soulagement de la douleur fait autant pour prolonger la vie des patients que la thérapeutique locale la mieux instituée. Il se sert d'insufflations d'iodoforme et de morphine.

M. le Dr J. SOLIS-COHEN (de Philadelphie) cite deux cas de guérison, qu'il croit définitive.

M. le Dr E. FLETCHER INGALS (de Chicago), conseille l'emploi de morphine, d'acide phénique et de glycérol de tannin avec de l'eau, sous forme de spray

M. le Dr COOMES (de Louisville), préfère l'iodoforme.

M. le Dr CASSELBERRY (de Chicago), trouve que l'acide lactique est trop irritant; il conseille les insufflations d'iodol.

M. le Dr JOHN MACKENSIE (de Baltimore), fait l'application locale d'une solution de sublimé (1 pour 2,000).

Lecture d'un mémoire du docteur W. Porter, de Saint-Louis, qui a pour titre : *Hémorrhagies périodiques des voies aériennes.* Le danger immédiat de l'hémorrhagie laryngée résulte de l'œdème hémorrhagique et de l'asphyxie, qu'il détermine; beaucoup d'analogie avec l'hémoptysie. La tuberculose, la syphylis, un effort mécanique violent et l'alcoolisme peuvent les engendrer.

M. le Dr W.-E. CASSELBERRY (de Chicago) fait une communication sur *le traitement des papillomes du larynx.* Il s'agit de déterminer quelles sont les meilleures méthodes pour leur extirpation. La pince est le meilleur instrument pour l'ablation de petites tumeurs; elle fonctionne mal lorsque la tumeur est volumineuse, car elle n'en enlève qu'une partie à la fois. Il a recours dans ces cas à la curette et au galvano-cautère.

M. le Dr COHEN opère les gros papillomes à travers une incision de la membrane crico-thyroïdienne.

M. le Dr INGALS se sert d'acide chromique.

M. le Dr BROWNE conseille l'emploi de l'anse Il fait ensuite un dessin montrant la situation et la grandeur des papillomes du larynx du prince impérial d'Allemagne.

M. le Dr C GLOVER ALLEN donne une observation de papillomes volumineux situés au-dessous des cordes vocales et opérées à travers une large incision de la membrane crico-thyroïdienne.

L'on passe ensuite à la discussion d'un mémoire intitulé : *Le diagnostic différentiel des affections laryngées tuberculeuse, syphilitique et rhumatismale.*

M. le Dr E. L. SHURLY (de Détroit) en fait un résumé qui se traduit par la table suivante :

Tuberculose.	Syphilis.	Rhumatisme.
	HYPÉRÉMIE OU CONGESTION.	
Non marquée.	Persistante et marquée.	Existe toujours, peu marquée, souvent localisée.
	TUMÉFACTION ET INFILTRATION.	
Constante; siège sur les arytenoïdes.	Non marquée.	Rare.
	CONDYLOMES ET GOMMES.	
Point.	Quelquefois.	Point.
	HÉMORRHAGIES.	
Rares.	Rares.	Fréquentes.
	MOBILITÉ.	
Presque normale.	Presque normale.	Excessive.
	ULCÉRATIONS.	
Fréquentes; se développant lentement, irrégulières, généralement sur l'épiglotte et les aryténoïdes.	Rares, solitaires, symétriques, avec aréole.	Point.
	ENROUEMENT.	
Marqué.	Peu marqué.	Marqué.
	DOULEUR.	
Non.	Non.	Constante.
	CRACHATS.	
Contiennent bacilles.	Muqueux.	Rares.

M. le Dr E.-F. INGALS (de Chicago) lit un article intitulé : *De la laryngite rhumatismale chronique.* Il n'en a trouvé que quelques observations. La douleur disparait pendant quelques jours, puis elle revient. La diathèse arthritique l'accompagne. Traitement : Spray astringent, les salycilates, l'iodure de potassium, les alcalins, etc.

M. le Dr A.-B. TRASCHER (de Cincinnati) fait une communication sur *la résorcine dans le traitement du catarrhe nasal.* Elle s'assimile l'oxygène; elle contracte les vaisseaux et fait disparaitre la congestion et l'inflammation. Elle est antiseptique. L'administrer sous forme de pommade (vaseline et résorcine, de 2 pour cent à 10 pour cent).

Séance du mercredi 7 septembre. (Troisième journée.)

SÉANCE GÉNÉRALE.

Présidence du Dr DURANTE (de Rome), un des vice-présidents.

M. le Pr Mariano SEMMOLA (de Naples) fait une communication sur la *Bactériologie et ses relations thérapeutiques.* Le but de la médecine est la guérison des maladies; pour guérir les maladies, nous devons en connaitre les causes. Les causes externes sont visibles, mais la science médicale cherche à découvrir les causes internes, invisibles. Il n'y a qu'une méthode qui puisse nous fournir la résolution du problème — la méthode expérimentale — Avant qu'elle ne fut connue, le médecin se perdait en conjectures fantastiques. Les progrès étonnants de la physiologie lui doivent

leur origine. Lorsque le médecin a découvert une condition morbide, il tend à abandonner ses recherches lentes et minutieuses, car il a hâte d'arriver au remède qui lui permettra de la guérir. Cette hâte est incompatible avec les principes même de la méthode expérimentale. C'est ainsi que le médecin arrivait à des conclusions sans avoir trouvé les faits qui pouvaient les justifier. Il retomba dans les erreurs de la médecine ancienne, et il continuera à y retomber tant qu'il ne s'adressera pas à l'expérimentation. Nous nous trompons en pensant que la bactériologie peut fournir la clef de toute pathologie. Nous devons l'étudier, car elle nous enseigne ce qui existe dans le monde microscopique; mais dans les efforts que nous faisons pour guérir les malades, nous devons procéder avec précaution. En nous servant d'un remède dont nous ne connaissons pas la valeur, telle que les faits peuvent nous la démontrer, nous risquons de faire du mal, là où nous voudrions faire du bien. C'est dans ce sens que la bactériologie moderne est nuisible, car les médecins ont conclu de suite que des microbes étaient les causes de maladies quand souvent ils n'en sont que les effets. Nous devons reproduire artificiellement une maladie par l'agence du microbe, avant de conclure qu'il en est la cause. Jusqu'ici, la tuberculose et l'anthrax nous ont seuls fourni des résultats satisfaisants. Quand nous concluons à la légère que tel ou tel microbe est la cause de telle ou telle maladie, nous ignorons et nous mettons de côté la méthode expérimentale. La démonstration qu'exige la méthode expérimentale dans ce cas est complexe, car non seulement nous serions obligés de savoir que le microbe existe, mais nous serions obligés de savoir quelle est la condition du sang nécessaire à la culture de ce microbe spécial. La science ne nous fournit pas encore les données nécessaires pour résoudre ce problème. Nous savons fort peu de chose sur la condition normale du sang. Pour que la bactériologie nous vienne en aide dans la guérison des maladies, nous devons non seulement apprendre tout ce que nous pouvons sur le microbe lui-même, mais encore rechercher quelles sont les conditions du champ de culture. Voilà ce que la science actuelle ne sait pas encore, et nous ne pouvons encore nous servir de la bactériologie comme guide dans le traitement des maladies internes. La bactériologie nous parle de la nécessité d'un champ de culture spécial ; mais quel est ce champ? Nous n'en savons rien ; la bactériologie n'est point une science, car une science ne peut se composer de choses inconnues, elle va du connu à l'inconnu. Si l'on suppose un fait au lieu de le démontrer, on ne reproduit pas les phénomènes de la nature. La puissance de l'homme disparait dès qu'il a recours aux hypothèses. Si les lois de la nature ne sont pas respectées, le téléphone ne marchera pas, la lumière électrique n'éclairera pas, la machine à vapeur s'arrêtera. Le médecin prétendrait-il donc être maitre de la nature, sans qu'il connaisse même ses lois? La bactériologie nous mènera sans doute à une série de découvertes utiles, mais jusqu'ici elle n'a pas donné de résultats pratiques dans la guérison des maladies internes ; il n'a point été démontré dans quelle mesure les microbes sont les causes des maladies. Le professeur Semmola émet le vœu que la jeune génération continuera les recherches expérimentales que les grands maitres lui ont transmises ; elle doit renoncer à toute idée préconçue et interroger la nature sans la torturer.

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE.

M. le Dr John E. Brackett, de Washington, fait une communication sur *le Rhamnus purshianus*. En doses de 30 centig. à 1 gramme il guérit la constipation chronique.

M. le Dr Ralph Stocman, d'Edimbourg, lit un mémoire intitulé : *la pharmacologie de certains corps dérivés de la morphine*. Il passe en revue les expériences de How, en 1854, de Crum Brown et de Fraser, en 1869. Il énumère les propriétés de certains dérivés de la morphine. qui n'ont, du reste, aucune utilité pratique.

M. le Dr A. L. A. Toboldt (de Philadelphie) fait une communication sur les *eaux minérales de Carlsbad*. Il obtient des résultats remarquables dans la mélancolie avec les eaux importées de Carlsbad. Il administre aussi le quell-saltz ou les prudel-saltz dans de l'eau. Les cas légers de diabète sont entièrement soulagés. L'administration du sel cause une diminution de vingt-six livres chez un malade obèse, en moins d'un mois.

M. le Dr George S. Hull (de Chambersburg) lit un mémoire intitulé : *L'action soi-disant antiseptique du calomel administré en fortes doses*. Dans la dysentérie, elles soulagent les coliques et modifient la nature des selles. Le médicament agit comme cholagogue et comme antiseptique. On en a conseillé l'emploi dans le choléra. Il s'agit de dysenterie épidémique, dans laquelle le calomel produit une sécrétion abondante de bile et soulage la congestion du foie et des vaisseaux intestinaux; le sel mercuriel se dissout dans la bile et agit probablement ainsi comme antiseptique.

SECTION D'ANATOMIE

M. le Dr Joseph N. Dickson (de Pittsburg) lit un mémoire intitulé : *Considérations analomiques sur l'amputation et la désarticulation de la cheville par une méthode nouvelle*. Il fait son incision antérieurement à celle de Syme. L'opération a des avantages, car elle donne un long lambeau plantaire, la division oblique des malléoles et la préservation de la bourse séreuse entre le tendon d'Achille et la tête du calcanéum. Les malades guérissent en moyenne au bout de vingt et un jours.

M. le Dr H. C. Bœnning (de Philadelphie), fait une communication sur *la destruction des débris anatomiques provenant des salles de dissection*. Les méthodes ordinaires coûtent cher et donnent beaucoup de peine. Il a trouvé la solution du problème dans l'emploi du fourneau de Gregory.

M. le Dr Bœnning présente : *Une anomalie anatomique. Absence entière de la crosse de l'aorte chez une négresse.*

SECTION D'OPHTALMOLOGIE.

M. le Dr C. F. Hotz (de Chicago) fait une communication sur *la restauration de la position normale du bord libre du cartilage tarse dans le trichiasis*. Le bord libre du cartilage tarse est placé à un angle de quatre-vingt-dix degrés avec la surface du globe. Les cils sont insérés à un angle de quatre-vingt-dix degrés avec le bord libre du tarse. Mais, si le bord libre du cartilage est tourné en dedans par le raccourcissement, on voit facilement comment les cils irritent la cornée. La courbe du cartilage n'en est pas modifiée et ce n'est pas nécessaire qu'elle le soit. Le bord libre peut être raccourci de la manière suivante : Après avoir réséqué un lambeau en lozange au-dessous du bord libre du cartilage, s'étendant à travers la peau, le cartilage et les muscles jusqu'à la naissance des cils, les bords de la plaie sont suturés. Il vaut mieux éviter l'incision de la conjonctive.

M. le Dr B. Pitts (de Saint Joseph) fait une communication sur *le meilleur procédé pour opérer l'ectropion*. L'électrolyse détruit les cils, qui poussent dans une fausse direction et amène la résolution et l'absorption des tissus hypertrophiés ; elle rend en tout cas, une opération bépharoplastique plus facile.

M. le Dr Jones (de Chicago) rappelle que le résultat ultérieur est incertain.

MM. les Drs Holcombe, Frothingham, A. Thompson, Keyser, et Chishlm prennent part à la discussion,

M. le Dr E. Landolt (de Paris) lit un mémoire intitulé : *L'opération pour le strabisme*. L'opération a cela de particulier qu'elle implique toujours les deux yeux, car le louchement est toujours binoculaire. L'individu qui n'a qu'un œil ne louche jamais ; la cataracte et les autres opérations sur les yeux peuvent se faire sur un œil seulement. Il insiste sur les précautions à observer pour que l'intervention donne un bon résultat, et sur les causes de la convergence et de la divergence. Les efforts que fait le malade pour obtenir une vision binoculaire constituent un facteur puissant dans la correction de l'affectation ; sans elle la cure n'est qu'imparfaite, le résultat n'est bien qu'au point de vue artistique. Il est nécessaire de déterminer avant l'opération, la nature et l'étendue du déplacement, le degré d'accommodation et de réfraction, et de perte d'acuité visuelle. Dans ce but, on se sert de mesures telles que l'atropine, les verres, le repos, etc. Si l'on opère chez un enfant jeune, sans prendre auparavant toutes ces précautions, il peut en résulter ultérieurement de la divergence. Le docteur Landolt constate qu'il est difficile, avant l'opération, de savoir exactement comment il faut faire et qu'il vaut mieux faire trop que trop peu, car il est plus aisé de diminuer l'effet produit que d'augmenter. Il n'opère jamais sur deux muscles homonymes à la fois ; il fait plutot la ténotomie de l'un et l'avancement de l'autre. S'il en résulte un effet trop considérable, il fait cesser l'atropine, il enlève les points de suture du côté de l'avancement et conseille l'usage de l'autre œil. Le pouvoir de convergence et de divergence doit rester intact, car sans lui la vision binoculaire est impossible. Si toutefois la divergence persiste, il fait l'avancement du muscle ténotomisé du dixième au douzième jour. Ces remarques s'appliquent au strabisme convergent, mais dans les cas de divergence, lorsqu'elle est ancienne, il fait la ténotomie avec avancement ou une double ténotomie ; il ne se sert pas d'atropine, mais fait exercer l'œil dans la direction voulue. Il préfère souvent l'avancement à la ténotomie ; l'intervention est alors plus compliquée, il est vrai, mais elle n'en est pas plus dangereuse; le résultat est, en tous cas, meilleur. Il ne considère pas que l'opération amène la guérison définitive, mais qu'elle ajoute à l'efficacité des mesures orthoptiques.

M. le Dr Georges F. Stevens (de New-York) lit un article qui a pour titre : *Quelques questions importantes sur l'insuffisance des muscles oculaires*. Les anomalies du système musculaire de l'œil sont aussi fréquentes que les erreurs de réfraction et d'accommodation; les écrits traitant de ce sujet sont fort rares et tendent à nous faire supposer que l'insuffisance ne saurait affecter que le droit interne, épargnant les autres muscles. L'auteur a pour but

de poser certains problèmes plutôt que d'expliquer des contradictions apparentes; par exemple, dans un cas, il trouve pour les droits internes une insuffisance de 8° à 20 pieds et de 10° à 1 pied. Le pouvoir adducteur est de 50°. Dans un autre cas, il trouve une diplopie, homonyme de 4° à 20 pieds, et croisée de 5° à 2 pieds. Il fait ensuite l'énumération des termes dont il se sert pour désigner les variations musculaires (orthophorie, hétérophorie, esophorie, etc.), puis il indique sa méthode pour l'examen au prisme.

M. le Dr J.-F. FULTON (de Saint-Paul) fait une communication sur *les Avantages de pratiquer de bonne heure l'opération pour le strabisme*. Il rappelle qu'il est difficile de remédier à la diplopie et à l'amblyopie lorsqu'elles existent après l'opération. Il conseille l'intervention immédiate chez l'enfant. Si elle ne se peut faire, il faut couvrir un œil et exercer avec soin l'œil affecté. L'amblyopie peut être primitive ou secondaire; dans ce dernier cas, elle peut être corrigée.

M. le Dr C.-H. ABADIE (de Paris) présente un mémoire intitulé : *Les mouvements défectueux des yeux et des moyens d'y remédier*. Il insiste sur une différenciation exacte entre les cas qui exigent une ténotomie complète et ceux pour qui une ténotomie partielle serait suffisante. On peut augmenter ou diminuer l'étendue de la correction en enlevant plus ou moins de tissu musculaire. Du reste, une ténotomie partielle est facilement changée en opération complète s'il est nécessaire.

M. le Dr E. O. SHAKESPEARE (de Philadelphie), fait une communication sur *la force des muscles droits supérieurs comme cause d'asthénopie*. Il y a beaucoup de cas d'asthénopie qui ne guérissent pas avec la correction de la réfraction. On trouve que l'un des droits supérieurs est plus fort que l'autre. S'il n'y a pas d'erreur de réfraction l'auteur se sert de prismes.

M. le Dr LANDOLT explique sa méthode de strabométrie.

M. le Dr H. POWER (de Londres), remarque combien nous avons de mauvais résultats malgré les soins que nous prenons.

MM. les Drs SHAKESPEARE, LANDOLT, G. S. NORTON, J. A. WHITE, THOMPSON, D. S REYNOLDS et BALDWIN prennent part à la discussion.

M. le Dr A. G. HEYL (de Philadelphie), lit un article qui a pour titre : *Les anormalités de l'axe visuel*. Il remarque que la définition de l'axe visuel est peu claire et que des termes tels que : *Gesichtslinie, Blicklinie*, ne sont pas corrects. C'est en vérité une ligne partant de la tache jaune dirigée directement en avant, les muscles de l'œil étant à l'état de repos ou d'équilibre

M. le Dr KEYL fait allusion au développement de la tache jaune, qui, selon lui, est le résultat de la tension des muscles droits dans leur antagonisme au muscle ciliaire.

M. le Dr BULL (de Christiana), remarque qu'il y a pourtant des oiseaux dans l'œil desquels se trouvent deux taches jaunes.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOGRAPHIE.

M. le Dr A. RAVOGLI (de Cincinnati) fait une communication sur : *Le lupus érythémateux*. Il commence en rappelant combien il est difficile d'en obtenir la cure. Kaposi le considère comme étant un néoplasme, Hébra le décrit comme une séborrhée conjestive. L'auteur fait passer des préparations qui montrent une hypertrophie des cellules épithéliales et des papilles dans le stroma du corium, une infiltration des tissus par des cellules inflammatoires, qui se voient aussi entre les fibres de tissu conjonctif qui entourent les follicules pileux, une augmentation des éléments du tissu conjonctif, un gonflement des fibres élastiques, et la présence de liquide entre les fibres du tissu conjonctif et de sang dans les vaisseaux. Le processus est donc inflammatoire. Il se produit une véritable atrophie de la peau, causée par une pression qui oblitère les glandes qui sont les premières hypertrophiées ; nous avons donc hypertrophie des éléments histologiques, suivie d'atrophie, dont l'origine provient de l'oblitération des vaisseaux. La cause première provient d'une irritation nerveuse, qui engendre de l'hypérémie et les troubles dans l'activité biologique des cellules. Les cellules épidermiques sont énormes et contiennent un certain nombre de corps ronds, qui sont probablement des micro-organismes et qui forment des colonies. Des sections de la peau démontrent leur présence dans la couche papillaire, surtout où il y a eu de l'exudation, ainsi que dans les fibres et les vaisseaux capillaires. L'examen par la méthode de Friedlander confirme cette opinion. Le Dr Ravogli n'a pas pu faire des expériences de culture, mais il croit que la maladie est de nature infectieuse. L'irritation causée par la présence des bactéries engendre les phénomènes inflammatoires, l'hypertrophie et la séborrhée. La médication interne ne donne pas de résultats ; l'application de l'emplatre mercuriel constitue le meilleur traitement. Lorsqu'on se sert de la curette ou de caustiques, les plaques récidivent. L'auteur a eu trois guérisons définitives par l'emploi de l'ichthyol. Il commence avec un onguent (10 pour cent) dont la base est l'onguent diachylique de Hebra ; puis il en diminue la force à 3 pour cent.

M. le Dr KNAGGS (d'Angleterre) demande si l'ichthyol agit ici comme antiseptique.

M. le Dr RAVOLI répond affirmativement.

M. le Dr UNNA (de Hambourg) trouve la partie du mémoire qui traite des microbes fort intéressante, bien qu'elle présente des points faibles. Les microbes doivent se voir dans les glandes sudoripares; il croit, du reste, à leur existence dans le lupus érythémateux, bien qu'elle ne soit pas encore prouvée

M. le Dr THIN (de Londres) dit que les corps ronds contenus dans les préparations, peuvent être ou ne pas être des microbes. Il faudrait instituer des expériences de culture. Il a remarqué plusieurs cas curieux, qu'il a désigné sous le nom de « maladie de la crête de coq » et qui ne sont qu'une forme de lupus érythémateux avec soulèvement de l'épiderme. Il croit à sa nature infectieuse.

M. le Dr ZEISLER (de Chicago) croit à la théorie du micro-organisme ; mais en somme, ce n'est qu'une théorie. Le lupus érythémateux des muqueuses est extrêmement rare.

M. le président encourage le Dr Ravogli à continuer ses recheches.

M. le Dr OHMANN-DUMESNIL (de Saint-Louis) fait une communication sur le *lupus érythémateux des mains*. L'affection est très rare. Il a rassemble quarante-cinq observations ; dans douze d'entre elles, la maladie commença sur la figure et s'étendit ensuite aux mains, sur la face dorsale, sans toutefois s'attaquer aux ongles. Il n'a pas pu trouver de microbes.

M. le Dr Joseph ZEISLER (de Chicago) fait une communication intitulée : *Contribution à l'étude de l'impétigo herpétiforme* (Hebra). Il diffère de Duhring et considère l'affection comme une maladie distincte caractérisée par sa marche, son apparition chez la femme enceinte, sa terminaison fatale, etc.

SECTION DE MÉDECINE.

M. le Dr John W. OUCHTERLONY (de Louisville) lit une étude sur *l'histoire naturelle des maladies*. Elle exerce une influence pratique sur la médecine dans son développement comme science. Les maladies sont des conditions naturelles, bien qu'elles ne soient pas normales ; il serait raisonnable de supposer que la même puissance qui les a engendrées est aussi capable de les faire disparaître. Le fait est que la nature constitue un remède bien plus efficace qu'on ne le suppose, et tout traitement intelligent doit être basé sur la connaissance de l'histoire naturelle des maladies. Pour arriver à ce but, il faut les efforts réunis et les recherches de grand nombre d'hommes scientifiques du monde entier, qui communiqueront leurs observations sur les différentes maladies, sur l'influence qu'exercent sur elles l'âge, le sexe, l'occupation, etc., sur leur durée, sur leur mortalité et sur le mode par lequel elles causent la mort. A ceux qui considèrent qu'il serait criminel de laisser l'issue d'une maladie à la nature, l'auteur répond que : 1° Ce serait un traitement aussi légitime que l'administration de médicaments dont nous ne connaissons pas les propriétés, ainsi que cela se fait chaque jour dans les hôpitaux; 2° La nature, qui a engendré la maladie, est assez puissante pour en amener la guérison ; 3° Dans beaucoup d'affection aigues l'on admet généralement qu'il y a une tendance marquée à la guérison spontanée ; 4° Beaucoup de maladies possèdent la propriété d'autolimitation ; 5° Combien de médicaments y a-t-il qui ont une renommée phénoménale et qui ne possèdent que des qualités curatives des plus faibles? Ce ne sont point eux qui ont amené la guérison, mais bien la nature ; 6° Des maladies de même nature, traitées de manières différentes, guérissent ; 7° Beaucoup de maladies disparaissent, même lorsque le traitement institué est nuisible. L'auteur sait que le médecin ne peut ni ne doit renoncer à toute médication dans tous les cas. L'hôpital présente le plus grand champ d'observations comparatives.

MM. les Drs CRONYN (de Buffalo); HEMINGWAY (de Michigan) ; W. J. SCOTT (de Cleveland); et A. B. ARNOLD s'accordent avec l'auteur.

MM. les Drs S. S. GREEN (de Buffalo), et Thomas HAY (de Philadelphie) croient à l'efficacité des médicaments.

M. le Dr OUCHTERLONY fait remarquer que lui aussi croit à l'efficacité des médicaments, mais il faut qu'ils soient administrés selon une méthode exacte.

M. le Dr PAVY (de Londres) remarque qu'il est de l'avis qu'il y a une histoire naturelle des maladies dont l'étude peut nous fournir beaucoup d'indications utiles.

M. le Dr T. D. CROTHERS (de Hartford) présente un mémoire intitulé : *De l'alcoolisme et de son traitement*. Dans les anciens temps, l'alcoolisme était considéré comme une véritable maladie, tandis qu'aujourd'hui on lui attribue une origine mentale. Au point de vue scientifique, cependant, l'alcoolisme est régi par des lois qui varient des forces physiologiques, psycologiques et physiques, parmi lesquelles l'hérédité, les conditions environnantes, l'éducation et l'alimentation sont les plus importantes. Il y a un certain nombre de causes fixes qui peuvent lui donner naissance.

(Epreuves fournies par le *New-York Medical Record*).

(*A suivre*).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — CONGRÈS DE TOULOUSE

SECTION D'HYGIÈNE

Séance du 23 septembre 1887. (Première journée.)

M. le professeur LAYET, président désigné de la section pour l'année 1887, s'excuse par lettre de ne pouvoir assister au Congrès : en conséquence la section procède à la nomination de son nouveau président et de son bureau. M. ROCHARD, président de l'Association, est nommé président d'honneur de la section, à l'unanimité. L'élection donne les résultats suivants :

Président : M. HENROT (de Reims), vice-présidents : MM. ALIX (de Toulouse), DROUINEAU (de La Rochelle) ; secrétaire : M. BÉRILLON.

M. CHARLES TELLIER, fait une communication sur *le moyen et les appareils propres à cuire l'eau en la conservant aérée* : l'auteur insiste sur le rôle important que joue l'eau dans la transmission des maladies infectieuses et sur la sécurité imparfaite que donne le passage de cette eau sur les filtres généralement usités : il a eu, en conséquence l'idée de faire subir à cette eau une véritable cuisson, en la portant à une température qui varie de 115° à 150°, sans cependant porter atteinte à son aération, et il décrit l'appareil assez compliqué qui lui a permis d'atteindre la solution de ce problème. Il fait remarquer que l'eau cuite a passé par une température à laquelle les micro-organismes ne résistent pas, et que sa conservation est indéfinie.

MM. ALIX et DROUINEAU font quelques observations ayant trait principalement aux difficultés pratiques que présente la préparation de l'eau cuite.

M. HENROT (de Reims), fait un *examen critique des différents projets de loi sur l'organisation de la santé publique en France.* Dans un précédent travail, le savant hygiéniste a indiqué un plan de législation sanitaire; le plan qu'il se propose de tracer aujourd'hui est celui d'une administration sanitaire, ou, en d'autres termes, le côté exécutif de l'organisation sanitaire ; et c'est à ce point de vue qu'il se place pour proposer un plan administratif différent de ceux de MM. Lockroy, Siegfried et Chamberland, Drouineau. Il voudrait que l'organisation sanitaire fut : 1° Communale ; 2° départementale ; 3° centrale. L'agent exécutif communal serait un médecin sanitaire, nommé par le maire, et dont la circonscription pourrait aisément comprendre plusieurs communes ; ce médecin aurait pour mission de signaler les cas où les décès de maladies infectieuses, de prendre les mesures prophylactiques utiles, et d'assurer l'assainissement des communes qui relèveraient de sa juridiction. L'agent exécutif départemental serait un fonctionnaire médical, résidant au chef-lieu, se déplaçant en cas de besoin, ayant le titre de directeur, veillant à l'exécution des mesures hygiéniques prescrites par lui, chose que ne peut faire un inspecteur, dont le rôle est essentiellement épisodique. Le directeur du chef-lieu serait en définitive et en réalité le directeur d'un véritable bureau d'hygiène départemental. Enfin, en ce qui concerne le pouvoir sanitaire central, M. Henrot fait remarquer qu'il ne serait que juste, dans le conseil supérieur de santé, de faire une part aux représentants de l'hygiène provinciale ; il est en effet des problèmes généraux d'hygiène dont la solution, excellente pour Paris, est inapplicable en province, et *vice versâ*. Il conviendrait donc que les intérêts de l'hygiène départementale fussent représentés au Conseil sanitaire de France. Tel est, au moins dans les grandes lignes, et surtout au point de vue où il diffère des projets précédents, le plan exposé par M. Henrot.

M. DROUINEAU voit avec plaisir que, sans être conforme aux projets actuellement en discussion, le plan de M. Henrot n'en diffère pas assez pour exposer aux dangers qui pourraient résulter de la concurrence des projets à un moment où l'on peut légitimement espérer le succès de l'un d'eux. Cela posé, il adresse au plan de M. Henrot quelques objections : il signale les difficultés matérielles que rencontrera dans l'exercice de ses fonctions le médecin sanitaire communal ou cantonal ; il regretterait en outre que ce médecin fut placé, par son mode de nomination, sous la dépendance du maire, ce qui generait sensiblement sa liberté d'action. Il n'est pas non plus partisan du bureau d'hygiène départemental, et préfère l'inspecteur au directeur proposé par M. Henrot. Cette organisation d'ailleurs aurait pour resultat de réduire à néant les conseils d'hygiène qui jouent le rôle très utile de conseils techniques. En ce qui touche la représentation des provinces au conseil supérieur d'hygiène, M. Drouineau est entièrement d'accord avec M. Henrot. Mais, ou il se sépare de lui, c'est lorsque le maire de Reims fait reposer une partie de son système sur le désintéressement des medecins sanitaires ; il pense, au contraire, que ces medecins doivent être convenablement rémunérés, et dès lors le projet de M. Henrot entraine des dépenses considerables.

M. BÉRILLON vient confirmer l'une des assertions de M. Drouineau, celle qui est relative aux difficultés que rencontrera le medecin sanitaire, et que rencontre parfois le maire lui-même. C'est ainsi que dans le cours d'une mission dont M. Bérillon avait été chargé pendant une des dernières épidémies cholériques, il ne put obtenir du maire d'une petite ville que les matières fécales ne fussent pas déposées en pleine rue sur le devant des portes : le maire déclara que s'il prenait l'arrêté qu'on lui demandait, il ne serait pas maître de la population et qu'une émeute était inévitable.

M. HENROT répond à M. Bérillon que l'on ne rencontre qu'exceptionnellement de pareilles difficultés et que le maire est tout puissant en matière de voirie. — Passant aux objections de M. Drouineau, il répond que le médecin sanitaire communal serait le conseil technique de la municipalité, et qu'il suffirait que chacune des communes de sa circonscription fit un très léger sacrifice pour qu'une allocation convenable lui soit constituée. Quant à l'organisation départementale, le projet de M. Henrot ne vise nullement à supprimer les conseils d'hygiène, qui demeureraient des conseils techniques, non plus comme actuellement auprès des préfets, mais auprès des directeurs departementaux.

Après une courte réponse de M. DROUINEAU et l'échange de quelques brèves observations, la discussion est close.

M. le Dr DELVAILLE (de Bayonne) lit une note sur le *Surmenage intellectuel et les colonies sanitaires de vacances.* Bien qu'il ne croie pas au surmenage des élèves des écoles primaires, et qu'il l'admette tout au plus pour ceux des lycées qui se surmènent volontairement, il pense qu'il est bon de combattre par les exercices fréquents, le travail manuel à l'école, le chant, etc., les causes d'affaiblissement provenant de la fatigue intellectuelle, des attitudes vicieuses, de la mauvaise hygiène (alimentation et coucher) de l'enfant au foyer paternel. Il faut surtout, et, dans les petites villes aussi bien que dans les grandes, arracher autant que possible les enfants à l'oisiveté pernicieuse des vacances, en envoyant les plus débilités d'entre eux passer leurs vacances hors de la ville où ils étudient. C'est ce qu'on appelle les colonies sanitaires de vacances. Ce système est employé depuis 1876 dans divers pays et sous l'impulsion d'une société dont M. Gréard est président et M. Edmond Cottinet secrétaire général, Paris a envoyé 610 enfants se refaire en colonies, dès le mois d'août dernier, à Chaumont, Luxeuil, Saint-Dié, Pontarlier, etc. M. le Dr Delvaille a fondé à Bayonne une Société qui a fait passer à 10 enfants des écoles de cette ville des vacances de 25 jours à Saint-Jean-de-Luz. Ces enfants ont mené là une vie dégélative agrémentée de récréations, d'excursions et aussi de quelques distractions intellectuelles. Ils sont revenus grossis, grandis, le thorax plus développé, reconnaissants de ces vacances pour ceux qui les leur avaient procurées. M. Delvaille a fait ressortir les avantages de ces colonies pour l'apaisement des haines sociales.

La communication de M. Delvaille donne lieu à quelques observations de la part de MM. HENROT et DROUINEAU.

Séance du 24 septembre 1887

M. MASSON fait une très importante communication sur la *situation sanitaire de quelques villes du Midi* et donne en même temps quelques indications sur l'*assainissement des villes.* L'orateur, qui vient de visiter en hygiéniste plusieurs villes du midi de la France, notamment Toulon, Marseille, Nimes, Cette, Montpellier, Carcassonne, et enfin Toulouse) donne à l'assemblée quelques renseignements sur leur état sanitaire ; ces renseignements ont trait principalement à la disposition des égouts, au système de vidanges adopté, enfin à l'alimentation hydraulique. Ces renseignements sont loin d'être favorables aux villes que M. Masson a visitées, et cependant l'orateur apprécie leur état sanitaire avec une indulgence relative parce que, dit-il, il a trouvé les municipalités pleines de bonne volonté ; il semble qu'elles soient surtout arrêtées par le manque de donnees précises sur ce qu'elles pourraient faire d'utile et par la crainte de s'engager dans des dépenses exagérées. C'est ce qui a décidé M. Masson à exposer devant la section les indications et les procédés de l'assainissement graduel et à bon marché. Il n'y a pas de ville, en effet, où l'on ne puisse prendre sans grands frais des mesures d'assainissement simples et utiles; pour cela, le système que préconise M. Masson est celui que l'on rencontre fréquemment en Angleterre ; il consiste dans l'installation de tuyaux d'égout en poterie, rendus étanches par un bon vernissage et aboutissant, de place en place, sur les points bas, à des collecteurs en maçonnerie. Ces tuyaux n'ont pas besoin d'avoir un fort diamètre ; le diamètre de 20 à 25 centimètres est suffisant pour presque toute l'étendue du réseau : les hygiénistes anglais ont d'ailleurs démontré depuis longtemps que lorsqu'on ne peut réaliser le nettoyage direct par l'egoutier, il y a avantage à se servir de tuyaux de faible diamètre qui favorisent mieux l'écoulement. De distance en distance, d'ailleurs, il convient de ménager des réservoirs d'eau qui assurent la régularité des chasses.

De plus, il faut assurer la pénétration de l'air dans les tuyaux et M. Masson indique la disposition très simple qui permet de réaliser cette donnée. Enfin le prix des tuyaux ainsi disposés ne

dépasse pas, installation comprise, 20 fr. le mètre courant. L'économie sur le prix du mètre courant d'égout ordinaire est donc considérable. Cette communication donne lieu à un échange de questions et d'observations de la part de MM. Alix, Herscher, Giroley, Drouineau, Heurot et Rochard : ces observations ont trait à des points de détail. M. Masson y répond très clairement, et le système qu'il préconise trouve auprès de la section une faveur marquée.

M. HERSCHER fait une communication sur l'*aération des locaux scolaires*. Il fait remarquer qu'il ne suffit pas d'avoir des locaux vastes et bien éclairés pour que l'aération soit suffisante; dès qu'un certain nombre de personnes sont réunies dans une salle, l'air y est vicié, et il suffit pour cela d'une quinzaine de minutes. L'orateur entre dans quelques détails sur cette contamination de l'air et présente des graphiques qui démontrent la viciation progressive de l'air par l'acide carbonique. Il constate qu'on est arrivé aujourd'hui à dégager avec précision les conditions indispensables à la salubrité des locaux destinés à contenir un certain nombre de personnes; or, la première de ces conditions n'est pas, comme on pourrait le penser, l'introduction abondante d'air pur, mais bien l'évacuation de l'air vicié; il faut donc se souvenir que, toutes les fois qu'on néglige les orifices de sortie au profit des orifices d'entrée, on fait une ventilation insuffisante et tout à fait inefficace.

M DE MUSGRAVE CLAY (de Pau) présente une *note sur le rôle des déménagements dans le réveil de quelques maladies infectieuses*. L'auteur ne se propose pas d'étudier la question (les faits qu'il possède sont trop peu nombreux), mais plutôt d'indiquer à ses confrères une cause possible, et qu'il n'a vue jusqu'ici mentionnée nulle part, du réveil de quelques maladies infectieuses. Lorsqu'une épidémie est terminée, on voit souvent apparaître un cas isolé de la maladie qui a sévi épidémiquement; on apprend alors quelquefois que les voisins du malade ont déménagé récemment, et que ces voisins avaient été atteints par l'épidémie; ou bien encore c'est le malade actuel qui vient d'emménager dans un local où la maladie épidémique avait frappé quelqu'un. Il est probable, en pareil cas, que le déménagement a, par le soulèvement des poussières, etc., remis en circulation l'agent infectieux. M. de Musgrave Clay a observé trois faits (deux cas de diphthérie et un de rougeole), dont l'étiologie lui a paru relever directement de ce mode d'infection, et sur lesquels il donne quelques renseignements propres à justifier cette étiologie; il a tenu à faire connaître ces faits, bien qu'ils soient peu nombreux, d'abord pour éveiller l'attention des observateurs, et ensuite pour fournir un argument de plus en faveur de la désinfection des locaux dans le cas de maladies infectieuses.

La communication du Dr de Musgrave-Clay donne lieu à un échange d'observations auquel prennent part MM. Herscher, Grioley, Guiraud et Henrot.

M. le Dr DROUINEAU (de La Rochelle) examine devant la section *le règlement de* 1882 *sur les constructions scolaires au point de vue de l'hygiène*. L'orateur constate que beaucoup de gens ignorent jusqu'à l'existence de ce règlement; il fait l'historique des travaux de la Commission de 1880, et du remplacement des prescriptions de 1880, par le règlement de 1882 actuellement en vigueur ; il aborde successivement l'étude de quelques-uns des articles de ce règlement, et montre que certains de ces articles demeurent inappliqués, tandis que d'autres sont simplement tournés par les municipalités et cela généralement dans un but d'économie: c'est ainsi que le nombre des élèves dans les classes est parfois supérieur au chiffre réglementaire, que les préaux ne présentent pas les dimensions obligatoires, qu'ils sont trop souvent empruntés à l'emplacement des classes qu'ils diminuent d'autant, que même alors ils sont trop restreints, et que les enfants devraient cependant avoir au moins autant d'espace dans le préau pour se remuer que dans la classe pour y demeurer tranquilles. Il ne faudrait pourtant pas perdre de vue que ce n'est pas le surmenage que l'on doit combattre dans les écoles primaires, mais bien la sédentarité, et que l'air et l'espace y sont indispensables. Le règlement de 1882 constitue le minimum des prescriptions hygiéniques indispensables, et que, à ce titre, il doit être intégralement observé ; il est très désirable en outre qu'un représentant de l'hygiène figure parmi les membres de la Commission de contrôle chargée d'assurer l'exécution de ce règlement.

Séance du 26 *septembre* 1887.

M. le Dr MAUREL fait une importante communication sur les *Parasites du paludisme*. L'orateur remercie la section d'hygiène de la façon dont elle a encouragé ses travaux sur ce sujet. Ces encouragements ont décidé l'Association à lui accorder la subvention nécessaire à la continuation de ses recherches, dont il vient aujourd'hui exposer les résultats complets.

L'orateur rappelle les travaux de Salisbury, de Ecklund, de Klebs et Tommasi-Crudeli, de Laveran sur le même sujet, et il fait rapidement l'historique de ses propres recherches, poursuivies successivement à la Guadeloupe, au Cambodge, en Cochinchine : Il résulte des travaux de M. Maurel :

1° Qu'il sera toujours assez facile de distinguer un terrain salubre d'un terrain marécageux.

2° Que la faune et la flore des eaux des marais et celles des eaux potables ne diffèrent que par une question de quantité, mais que toutes les espèces que l'on rencontre dans les premières peuvent se rencontrer dans les secondes.

3° Que l'atmosphère des marais, outre cette même différence de quantité (et peut-être encore plus exagérée) diffère de celle qui couvre les lieux sains par la présence de corps que l'auteur a considérés comme des amibes en voie de développement.

4° Que la suite de ses recherches l'a forcé d'admettre que parmi ces corps, il peut s'en trouver qui ne sont peut-être que les corps de Laveran à leur premier état de développement.

5° Que s'il n'a jamais trouvé les corps de Laveran dans ses préparations, il a vu deux formes de ces corps dans les propres préparations de Laveran, a Sami la forme en croissant, en 1884, et un corps flagellé en 1887.

6° Que le corps flagellé est bien réellement un élément étranger au sang et qu'on ne saurait le confondre avec une modification et une altération des hématies ou des leucocytes.

7° Que les corps que Laveran a le premier signalés dans le sang des paludéens, il les a retrouvés dans des macérations végétales datant de quelques jours.

8° Que ces corps, dans les premières phases de leur évolution, peuvent être confondus avec les amibes, mais que plus tard ils en diffèrent d'une manière constante par la présence de flagella.

9° Qu'à partir du moment où ces corps ont des flagella, ils présentent des caractères qui ne laissent aucun doute sur leur identité avec les corps de Laveran.

10° Que ces corps, à l'état complet de développement, succombent facilement à la dessication complète et qu'ils ne sont nullement réviviscents.

11° Que leur résistance à la dessication est d'autant plus grande que leur évolution est moins avancée.

12° Que les corps complets peuvent résister à une dessication incomplète.

13° Que les formes les plus primitives offrent une plus grande résistance que les formes plus avancées.

14° Que les éléments qu'il a trouvés dans les macérations peuvent continuer à vivre, et même pendant un certain temps, dans un mélange de sang et d'eau de macération.

15° Qu'il paraît donc probable que le corps flagellé de Laveran et celui qu'il a trouvé sont identiques.

16° Que malgré la grande présomption que ces faits établissent sur le rôle que jouent ces micro-organismes dans l'étiologie du paludisme, certains doutes subsistent encore.

17° Que pour les faire disparaître, il faudrait d'abord bien établir que ces micro-organismes existent dans l'air des marais, au moins dans la première période de leur développement, ensuite que, introduits expérimentalement dans l'organisme, ils peuvent produire le paludisme; enfin, que cette dernière affection n'existe jamais sans eux.

Au cours de sa communication, M. Maurel a en outre établi ce fait intéressant, que l'ébullition n'ayant pas détruit tous les micro-organismes de l'eau, il avait eu recours aux digestions artificielles à l'aide de la pepsine acidifiée, et que la destruction avait alors été complète; le suc gastrique serait donc, à l'égard de certains micro-organismes, un antiseptique de premier ordre. Cela étant, M. Maurel se demande si dans certaines affections à troubles gastriques dits prémonitoires (choléra, fièvre typhoïde), ces troubles, au lieu d'appartenir en propre à la maladie, ne seraient pas tout simplement l'occasion de son développement, par suite de la suppression ou de la diminution de l'action antiseptique du suc gastrique.—A propos de cette hypothèse, M. Grioley demande à M. Maurel s'il a étudié l'action que ces micro-organismes en masse peuvent exercer sur le suc gastrique. — M. Maurel répond négativement.

M. GUIRAUD (de Nice) objecte à son tour qu'en tout cas l'action du suc gastrique n'est pas la même sur tous les micro-organismes, car le bacille de la tuberculose (et aussi, croit-il, celui de la fièvre typhoïde) résistent à la digestion. — M. Maurel répond qu'il n'a rien entendu généraliser et qu'il n'a voulu parler que du microzoaire palustre. — La discussion se termine par l'échange de quelques courtes observations, notamment de la part de M. Drouineau.

M. BUROT (de Rochefort) fait une communication *sur l'auto-suggestion en médecine légale*. L'orateur rappelle les craintes que l'hypnotisme a fait naître au point de vue de la suggestion et de la perpétration des crimes et délits : ce danger peut être réel, mais il est moindre qu'on ne le pense généralement. En tout cas, il n'est pas impossible, en pareil cas, de retrouver le coupable ; à la vérité, celui-ci ne manque guère de suggérer à son sujet d'ou-

-bler le nom et le visage de l'auteur de la suggestion : mais alors, si au lieu de poser au sujet les questions habituelles, auxquelles il ne répondra pas, on obtient qu'il s'endorme lui-même par auto-suggestion, ses souvenirs deviendront parfaitement nets, et non seulement il pourra nommer, mais encore décrire la personne de qui la suggestion est venue.

M. BÉRILLON ne conteste pas absolument les dangers de l'hypnotisme au point de vue de la suggestion des crimes ; mais il pense qu'il ne faut pas les exagérer. Le viol, par exemple, presque impossible à accomplir à l'état normal, devient presque impossible en état d'hypnotisme de la femme. On sait, en effet, combien il est facile (par exemple en lui soufflant sur les yeux) de réveiller une hypnotisée. Un meurtre même est difficile à suggérer en raison des circonstances compliquées dont il s'accompagnera presque forcément. Or, on sait que par la suggestion hypnotique, on n'obtient guère que des actes simples. Toute complication jette le trouble dans l'exécution. Ce qui pourrait être réellement dangereux, ce serait la mise de la suggestion hypnotique au service de certaines formes d'escroquerie (signature de billets, etc.)

Quelques observations assez courtes sont échangées au sujet de ce travail.

M. LE Dr GUIRAUD (de Nice) fait, avec cartes à l'appui, une très intéressante communication sur *les causes de la dépopulation de la région du Sud-Ouest*, et plus spécialement de l'arrondissement de Montauban. De l'étude démographique à laquelle s'est livré le Dr Guiraud, il résulte que :

1° L'arrondissement de Montauban, qui appartient du reste à une zone de la région de S.-O, signalée par tous les démographes, voit sa population décroître d'une façon continue et incessante depuis le commencement du siècle.

2° La population a diminué dans les vingt-cinq dernières années (1861-1886) de 6,000 personnes, soit environ 230 par 100,000 et par an.

3° Ce sont les communes rurales qui ont le plus à souffrir de cette dépopulation, bien qu'elle atteigne aussi les agglomérations urbaines, dont le chiffre des habitants a partout diminué, à l'exception du chef lieu du département.

4° Cette décroissance est due, d'une part, à l'excédent des décès sur les naissances (33,6 p. 100) ; d'autre part, à l'émigration des populations rurales vers les villes (21 4 p. 100) où les chances de mort sont bien plus considérables.

5° L'excédent des décès sur les naissances tient bien moins à une mortalité, qui, sauf dans quelques communes rurales pauvres et à habitudes très primitives, n'est pas très élevée, qu'à une natalité tout à fait insuffisante, d'autant plus faible que le pays est plus riche, l'aisance plus répandue, la propriété plus divisée.

6° Cette faiblesse de la natalité est surtout volontaire ; elle tient à des causes économiques et sociales signalées depuis longtemps par les démographes. *Toutefois, il y aurait lieu d'examiner si, comme certains indices tendraient à le faire croire, l'infécondité physiologique des mariages ne contribue pas à aggraver la situation*, et il est à désirer que l'administration fournisse dans les prochains dénombrements des documents suffisamment explicites permettant d'élucider ce point d'une si grave importance pour l'avenir de notre nation.

7° La mortalité du premier âge, assez élevée en moyenne dans tout l'arrondissement, atteint un chiffre énorme dans certaines communes rurales (230, 245, 274 pour 1,000 naissances vivantes). En présence de pareils chiffres, on ne peut que déplorer que la loi Roussel soit encore à l'état de lettre morte dans certains départements et que le service de protection de la première enfance ne soit pas organisé.

M. DROUINEAU félicite M. Guiraud de sa communication; il exprime le vœu que d'autres travailleurs fassent à leur tour ce qu'il a si soigneusement et si bien fait. C'est en effet à l'aide de ces consciencieux travaux [illegible] que l'on établira l'exacte démographie de la France.

M. le Président donne lecture, au nom de M. BERGEON (de Lyon), d'une note *sur l'action des lavements gazeux dans certains défauts corporels des recrues et des enfants*.

Séance du 28 septembre 1887.

M. DROUINEAU communique une intéressante étude *sur les établissements classés antérieurs à 1810*. Il explique dans quelles conditions, la loi n'ayant pas d'effet rétroactif, le décret de 1810 a dû laisser subsister les établissements qui fonctionnaient à cette époque ; quelques-uns existent encore, et bénéficient souvent au grand détriment de la santé publique de la situation spéciale qui leur avait été faite. A la vérité, si l'industriel change le mode de fonctionnement de son établissement l'autorité peut intervenir ; mais il ne saurait porter atteinte au mode de fonctionnement [illegible] de l'établissement sans voir son arrêté cassé par le Conseil d'Etat dont la jurisprudence sur ce point est constante [illegible] excès de pouvoir. Il serait à souhaiter que le Conseil d'Etat modifiât cette jurisprudence qui d'ailleurs ne repose que sur ses propres arrêts antérieurs, et se rendît aux sages avis formulés récemment par le Comité des arts et manufactures.

M. HENROT pense que dans la pratique il y a peut-être moins d'inconvénients que le pense M. Drouineau ; d'ailleurs l'introduction de quelques hommes de science dans le conseil d'Etat pourra hâter la solution favorable de ce problème.

Quelques observations sont échangées entre M. Basset (de Toulouse) et M. Drouineau au sujet des autorisations temporaires; ce dernier en est partisan, mais il constate que la législation actuelle ne les admet pas, et qu'elles sont subordonnées à l'acceptation de l'industriel.

M. BÉRILLON fait une communication sur *la propreté des rues dans les petites villes*. Le défaut de propreté des rues passait autrefois pour être particulier aux villes du Midi ; M. Bérillon a constaté avec regret que cette négligence s'observait maintenant dans le Nord aussi bien que dans le Sud, par exemple dans les villes de l'Est. Il était loin d'en être ainsi il y a quelques années ; il semble que les municipalités aient perdu tout souci de l'entretien de la voirie, et qu'à cet égard un regrettable laisser-aller se soit introduit dans les habitudes administratives ; des arrêtés sont indispensables pour remédier à cet état de choses.

M. DROUINEAU répond que les arrêtés existent, sans aucun doute, et que, seule, leur application est défectueuse. Vis-à-vis de ces maires négligents, il y a un grand moyen d'action : c'est la presse.

M. ALIX, sans contester l'utile influence de la presse en pareil cas, pense que ce sont surtout les mœurs qu'il faut changer.

MM. BASSET et HENROT ajoutent quelques observations.

M. GRIOLEY fait une communication sur *quelques dispositions de la loi sanitaire sur les animaux applicables, à la prophylaxie des maladies épidémiques chez l'homme*. L'orateur rappelle les trois dispositions fondamentales de la loi de juillet 1881, concernant les maladies épidémiques des animaux. Ces dispositions sont : 1° la déclaration ; 2° l'isolement ; 3° la désinfection. Il indique de quelle façon ces sages prescriptions seraient applicables aux maladies épidémiques humaines, et il entre à ce sujet dans quelques développements.

M. DROUINEAU fait observer que pour l'observance de la première prescription (la déclaration), le secret médical peut être considéré comme une entrave ; il n'est pas impossible cependant de tourner la difficulté. L'isolement est difficile puisqu'il doit être pratiqué au début de l'épidémie sous peine d'être inutile.

M. de MUSGRAVE-CLAY, convaincu de la nécessité de la notification des maladies infectieuses voudrait qu'une disposition légale spéciale relevât les médecins de l'obligation du secret, et précisât les maladies dans lesquelles la déclaration serait obligatoire ; les choses se passent ainsi presque dans tous les pays, excepté en France. Une loi ainsi rédigée atteindrait le but cherché, en laissant intacte à tous autres égards l'obligation indispensable du secret médical, Quant à l'isolement, on peut généralement le rendre efficace en prenant les dispositions utiles dès qu'on a une épidémie dans son voisinage et sans attendre que l'épidémie règne dans la commune.

M. HENROT objecte que le maire ne peut légalement prendre de mesures que lorsque le territoire de sa propre commune est envahi. Il pense d'ailleurs que les municipalités donnent l'exemple de l'isolement ; toutes ne le pratiquent pas ; il s'en faut de beaucoup, et dès lors il leur est difficile de l'imposer.

La discussion se termine par une digression relative à la variole et à la facilité de son introduction par les étrangers.

Il est ensuite procédé à l'élection du Président de la section pour l'année 1888 : M. Drouineau est élu président. M. Henrot est maintenu dans ses fonctions de délégué au Conseil de l'Association, et M. Rochard est nommé membre de la Commission des Subventions.

Sur la proposition de M. le Dr Basset, la section émet, à l'unanimité, un vœu en faveur de la promulgation de la loi proposée par le regretté Dr Liouville en faveur des vaccinations et revaccinations obligatoires.

M. le Dr Henrot remercie la section de la bienveillance qu'elle lui a témoignée au cours de sa présidence, et l'ordre du jour étant épuisé, prononce la clôture des travaux de la Section d'Hygiène.

Dr R. DE MUSGRAVE CLAY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 septembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance de membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

M. BACCHI lit une note sur le *degré de pureté de l'alcool distillé selon le procédé Bang*, qu'il résume dans les con-

clusions suivantes : 1° Tous les alcools employés pour la fabrication des boissons spiritueuses, contiennent du furfurol en quantité variable et, par conséquent, sont tous plus ou moins nuisibles à la santé : 2° l'alcool distillé selon le procédé Bang est le seul qui ne contienne pas de furfurol et qui produise les phénomènes d'ivresse sans aucun symptôme convulsivant.

M. Terrillon communique une note à propos de trois nouvelles observations de salpingite et d'hémato-salpingite et de leur traitement chirurgical. M. Terrillon apporte aujourd'hui trois nouvelles observations importantes au point de vue des symptômes, de la marche et de l'utilité d'une intervention complète et radicale : 1° Salpingite et ovarite double ; hématome de l'ovaire droit, ablation par la laparatomie ; guérison ; 2° vaste hémato-salpingite à gauche datant de six ans ; guérison ; 3° hémato-salpingite à répétitions, datant de six ans, ponctions répétées, amélioration.

M. Verneuil fait une communication sur *les ulcérations imaginaires de la langue.* Elles se caractérisent par une douleur et une pseudo-lésion anatomique, une disposition naturelle, prise pour une plaie. C'est une affection des plus pénibles entraînant de grandes préoccupations et des ennuis de toute sorte. M. Verneuil a observé cinq cas de ce genre, dont quatre chez des hommes âgés de 35 à 50 ans, robustes, vivant dans les meilleures conditions d'existence, mais présentant tous des manifestations héréditaires ou acquises de l'arthrotome. Localement, M. Verneuil n'a pas trouvé de cause manifeste ; la manifestation du tabac n'a pas eu d'influence sérieuse. La marche de cette affection est irrégulière, les douleurs variables ; mais elle est chronique et rebelle. Un de ces malades mourut trois ans après de paralysie générale. Les autres ont guéri. Le pronostic est difficile à établir, à cause de la ténacité des douleurs. M. Verneuil conseille les alcalins, les arsenicaux, les bromures et les calmants locaux ; il proposerait volontiers les injections dans le parenchyme lingual, des cautérisations sur le point douloureux, la destruction d'un ou deux papilles calciformes. Cette névralgie linguale a été peu étudiée.

M. Fournier estime que les cas rapportés par M. Verneuil sont plus fréquents qu'il ne semble l'admettre, et reconnaît deux causes à cette affection : la goutte ou la présence dans la bouche d'un appareil prothétique. M. Fournier soupçonne également le tabac.

M. Labbé a vu plusieurs malades de ce genre et pense que le meilleur traitement est le traitement moral.

M. Laborde fait observer que les individus atteints de délire et les paralytiques généraux montrent à tout propos leur langue ou leur gorge comme étant le siège de lésions douloureuses. L'azotate d'aconitine lui a souvent donné des résultats excellents.

M. Perrin partage les opinions qui viennent d'être émises relativement à l'influence du traitement moral dans cette affection douloureuse de la langue.

M. Verneuil constate que personne n'a décrit cette affection dont l'existence n'est pas très rare, il ne parle que des ulcérations imaginaires de la langue et non des névralgies linguales en général. La destruction d'un point douloureux amène souvent la disparition de la douleur ; on ne doit donc pas hésiter, surtout lorsque la destruction de ce point douloureux n'entraîne pas de conséquences graves. M. Verneuil n'hésiterait pas, enfin, le cas échéant, à injecter un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine dans le parenchyme lingual. A. Josias.

CORRESPONDANCE

Congrès international d'hygiène et de démographie de Vienne.

Vienne, le 26 septembre 1887.

Monsieur le Directeur,

Un temps splendide a favorisé l'ouverture solennelle du sixième Congrès international d'hygiène et de démographie. La grande salle des Amis de la musique pouvait à peine contenir tous les membres du Congrès qui avaient tenu à assister à cette première séance (1).

L'archiduc Rodolphe, prince héritier, a été chaleureusement accueilli par la brillante assemblée. Les ministres, de nombreux officiers, le maire de Vienne, M. Uhl, avaient pris place sur l'estrade d'honneur. Nous avons remarqué sur l'Estrade MM. les ministres Liemialkowski, Prazak, Bacquehem, Falkenhayn, Gautsch, etc. ; le président de la cour supérieure de justice, Ritter von Schmerling ; le statthaller de la Basse-Autriche, baron Possinger ; le Land-Marschall Graf Kinsky ; le cardinal Ganglbauer, l'ambassadeur prince Reuss, le prince Lobanon, Saadulah Pascha, les ambassadeurs De Soughe et le comte Brag-Steinburg, les professeurs Ludwig, président du Congrès ; Gruber, secrétaire général du Congrès ; Inama Sternegg, Brouardel, Mosso, Monod, Kuborn, Overbeck de Meyer, Souderegger, Dobroslawin, Silva, Köhler, Virchow, Pettenkofer, Franckland, Douglas Galton, Westphal Bull, Lacassagne, Lépine, Lumnitser, Esatary, Luttiluan (du Mexique), etc., etc.

M. le professeur Ludwig (de Vienne) président du Congrès, après avoir fait les compliments d'usage, s'est exprimé à peu près dans les termes suivants :

« Il y a dix ans s'ouvrait à Bruxelles, sous le patronage du roi des Belges, le premier Congrès d'hygiène, et, dans un si court espace de temps, on a vu se succéder les Congrès de Paris, de Genève, de Turin, de la Haye, et enfin celui de Vienne. Mais le succès n'avait jamais été aussi complet que celui obtenu à ce Congrès, car jamais les gouvernements, les corps constitués n'avaient envoyé tant de représentants. A l'heure actuelle, des savants, aussi nombreux que distingués, venus de toutes les parties du monde, se sont réunis à Vienne pour faire marcher l'hygiène dans la voie du progrès. N'est-ce pas la meilleure preuve de l'importance qu'ont prise toutes les questions d'hygiène ? Et comment pouvait-il en être autrement ? L'hygiène et la démographie ont pour but de combattre par des méthodes scientifiques exactes les calamités, les malheurs et les maux qui s'abattent sur nous.

Dans ce combat quotidien, la science a déjà obtenu des succès remarquables, mais la lutte n'est pas terminée. Les Congrès d'hygiène permettront de soumettre toutes ces questions, qui intéressent l'humanité, à un travail commun, à une discussion générale. Ces grandes réunions favorisent l'échange des idées, mettent en présence les opinions contraires et font ainsi avancer la science tout en augmentant de plus en plus l'intérêt qui s'attache aux questions d'hygiène. Des sujets importants seront l'objet de débats approfondis. Des hommes éminents ont bien voulu traiter d'avance certaines questions, les mettre au point, de sorte que, grâce à ces travaux préparatoires, si remarquables, la discussion a toute chance d'aboutir à des résultats sérieux, et il faut espérer que de cette assemblée sortiront des solutions pratiques. »

L'archiduc Rodolphe s'honore d'avoir été proclamé le protecteur du sixième Congrès et remercie l'assemblée. Il ajoute : « Le capital le plus précieux dans les Etats et dans la Société, c'est l'homme. Chaque individu représente une certaine valeur. Conserver l'individu aussi longtemps que possible, ce n'est pas seulement faire acte d'humanité, c'est faire aussi une bonne opération dans l'intérêt de toutes les Sociétés. Quelque grand que soit un homme, il se trouve impuissant, désarmé quand il s'agit de se protéger contre les influences nocives qui l'enveloppent et menacent sa vie à chaque instant. Seuls les grands travaux accomplis en commun peuvent arriver à sauvegarder l'existence de tous. L'hygiène doit diriger les gouvernements et leur permettre de prendre des mesures qui aboutissent à des résultats pratiques. Vous avez abordé, Messieurs, tous les sujets, vous n'avez négligé ni la maison ni l'école, et vos travaux embrassent l'industrie, le commerce, etc. Rien ne prouve mieux toute l'importance de l'hygiène que la participation de tous les états à ce Congrès. Je suis heureux de pouvoir vous saluer dans cette ville qui est un centre de travaux scientifiques importants. Au nom de sa majesté, je déclare ouvert le 6e Congrès d'hygiène et de démographie. »

(1) Au 26 septembre, le nombre des membres inscrits s'élevait à 2.346.

M. le professeur KÖHLER, directeur des bureaux de santé de Berlin, a fait une courte allocution sur l'*hygiène en général*.

M. le professeur BROUARDEL prend la parole (1) et prononce avec le charme et la facilité que l'on sait un discours qui a été goûté par tous ceux qui comprenaient le français. Du reste une double salve d'applaudissements a salué l'orateur quand il a regagné sa place et l'archiduc Rodolphe a été l'un des premiers à donner le signal de la petite ovation qui a été faite au doyen de la Faculté de Paris.

M. le Pr PETTENKOFER (de Munich) fait plutôt une causerie scientifique parsemée de mots spirituels qu'un véritable discours didactique. Il faut reconnaître que le professeur Pettenkofer a obtenu un franc et légitime succès.

Les médecins d'une part, les ingénieurs et les architectes de l'autre, enfin les employés d'administration : voilà ceux qui ont l'occasion de s'occuper d'hygiène. Plus ces hommes seront instruits, plus l'hygiène fera des progrès. L'on croit volontiers que les médecins peuvent plus facilement que les architectes et les ingénieurs se passer de connaissances spéciales d'hygiène parcequ'ils savent par leurs études antérieures ce qui rend malade et ce qui conserve la santé. Mais la médecine est plutôt l'art de guérir que l'art de conserver la santé. La thérapeutique a été le point de départ et le but principal des travaux médicaux. Il faut arriver aux temps modernes pour constater que la médecine a aussi pour objectif d'éviter certaines maladies et en particulier les maladies contagieuses qui déciment les populations. Et comment est-on arrivé à ce résultat ? Ce n'est pas en se servant des armes tirées de l'arsenal thérapeutique, mais c'est en mettant à contribution les ressources des différentes branches de la technique (physique, chimie, etc.) et de l'administration, ressources que l'on enseigne peu dans les facultés de médecine et qui sont par suite peu connues des médecins.

Et cependant certains médecins ont fait de grands travaux sur l'hygiène ! Mais ce résultat n'est pas dû à leurs études dans les facultés. En effet, il faut rapporter les succès obtenus par ces hommes à leurs lentes investigations et à leurs travaux personnels entrepris dans différentes branches de la science.

On a dit qu'il n'est pas nécessaire d'étudier spécialement l'hygiène dans les facultés et que l'on cite volontiers l'exemple de Virchow, qui n'a jamais suivi de cours d'hygiène et qui cependant a fait des travaux considérables dans cette science. Mais si le fait est réel pour Virchow, il n'en est pas moins vrai de dire que c'est une exception et cela pour une raison bien simple, c'est qu'il n'y a pas beaucoup d'hommes comme Virchow. Le professeur Böhm (nouveau directeur de l'hôpital général de Vienne), lui aussi, a fait marcher l'hygiène dans la voie du progrès en créant un nouveau système de ventilation à l'hôpital et à l'opéra, et pas plus que Virchow, il n'avait reçu ces leçons d'hygiène, mais il faut dire que des études spéciales avaient donné au professeur Bohm une forte dose de connaissances hygiéniques. Il est indispensable pour les médecins d'étudier toutes les branches scientifiques qui servent de base aux progrès de l'hygiène et c'est une excellente mesure que celle qui consiste à rendre obligatoires les connaissances d'hygiène dans les facultés de médecine. Cependant les chaires d'hygiène sont non seulement les plus jeunes mais encore les moins bien traitées dans les écoles médicales. Ceux qui protègent l'hygiène se rencontrent surtout dans les membres des gouvernements et dans les administrations. C'est grâce à l'intervention intelligente du ministre Grossler qu'en Russie on a obligé les étudiants à passer des examens d'hygiène.

L'hygiène se trouve en ce moment dans la même situation que la physiologie il y a 50 ans ; en effet, c'est à peine si à cette époque on considérait la physiologie comme une science sérieuse et utile. L'hygiène a été négligée et l'on regardait comme un bien de créer des chaires et des instituts pour les donner à ceux qui s'occupaient de cette science. Et, lorsque l'on se décida à enseigner l'hygiène, on donna les places à des anatomistes ou à des médecins dont on se débarrassait ainsi. Il y a 30 ans, à Munich, c'était un homéopathe qui occupait la chaire d'hygiène. Personne n'allait à son cours. La seule expérience qu'il fit consista à représenter le fœtus par le poing et les membranes par un mouchoir qui enveloppait le poing !!

De même que l'anatomie est la base de la physiologie, de même la physiologie et l'art d'expérimenter sont indispensables à l'hygiène. Dans un institut d'hygiène, il faut nécessairement un laboratoire de bactériologie, mais la bactériologie qui est indispensable ne constitue pas, comme certains le pensent, l'hygiène.

La bactériologie est une science nouvelle qui partage les vicissitudes de toutes les choses nouvelles ; elle est exaltée outre mesure ou décriée, attaquée avec passion. Koch et Pasteur ont fait des recherches très intéressantes pour l'hygiène, mais on ne peut pas exiger de tout hygiéniste des connaissances approfondies de microbiologie. Ce que l'on doit demander, c'est qu'il se mette au courant de la bactériologie et qu'il ait des aides spéciaux dans son laboratoire.

L'hygiéniste est dans la même situation que le clinicien qui a besoin des recherches bactériologiques pour le diagnostic. Les architectes, les ingénieurs, les constructeurs en général doivent avoir des connaissances d'hygiène, car sans cesse ils trouvent à les appliquer. Et, il faut le dire à l'honneur des architectes et des ingénieurs, ils ont compris spontanément l'importance de l'hygiène et ont étudié cette science. C'est ainsi qu'il existe une société allemande de technique sanitaire (*Gesundheitstechnik*) dans laquelle les ingénieurs sont en grande majorité.

La technique sanitaire a fait de grands progrès, et, en Allemagne, le journal qui est dévoué à ses intérêts et qui est en même temps son organe officiel est le *Gesundheitsingénieur*.

C'est dire le rôle des ingénieurs et des constructeurs dans les progrès accomplis par l'hygiène. Le professeur Pettenthofer insiste sur la nécessité de l'instruction de l'hygiène et, pour expliquer toute l'importance de cette science, il donne quelques chiffres intéressants : En Crimée, l'armée française perdit 95,240 hommes sur 309,000, c'est-à-dire près du tiers. Sur ces 95,240 morts, il y avait 20,000 tués à l'ennemi et 75,000 enlevés par la maladie. Les Anglais ont eu à peu près la même mortalité. Mais, après cette guerre, un hygiéniste anglais, nommé Parks, fit créer des places officielles dans l'armée. Sur sa proposition, on créa l' « *army medical School* », par laquelle tout médecin militaire anglais est obligé de passer. Quinze ans après la guerre de la Crimée, la guerre franco-allemande vint à éclater et on put constater les beaux résultats que donnait l hygiène.

D'après les statistiques allemandes, les pertes de l'Allemagne ont été de 40,881 hommes : 28,282 ont été tués sur le champ de bataille, 346 accidentellement, et 12,282 enlevés par des maladies. La perte par les années comparée avec celle due à la maladie était de 100 : 375 en Crimée, tandis que dans la guerre franco-allemande la proportion était de 100 : 43. Ces chiffres ont leur éloquence.

Veuillez agréer, etc. LEIBOWITZ et PICHEVIN.

VARIA

Technique dentaire. — Substances obturatrices.

Dans la carie au deuxième degré, à forme sensible, il faut éviter, avant tout, d'irriter la pulpe dentaire que préserve un mince *septum* de dentine perméable. Avant d'aller plus avant, lorsque le patient manifeste de la douleur, ou tout au moins de la sensibilité, il est utile d'appliquer sur la dentine un médicament qui empêche que la pulpe ne soit affectée par le travail de préparation. Pour ce, on a préconisé de nombreux médicaments qui font tous merveille, entre les mains de ceux qui les prônent, mais qui ne produisent pas le même effet en d'autres mains. C'est encore, malgré tout, à l'acide phénique qu'il faut donner la préférence, non à l'acide dissous, mais à l'acide cristallisé et chimiquement pur. Un petit cristal dans une dent amène une anesthésie prompte. La chaleur de la dent le fait fondre, mais si l'on projette, avec une petite pompe qui sert en même temps à chasser les débris dentaires, un peu d'air qui se chauffe en traversant la canule préalablement passée dans la flamme d'une lampe à alcool, on a double avantage ; d'un côté, les canalicules dentinaires se sèchent, et

(1) Ce discours de M. Brouardel mérite d'être cité en entier, aussi nous le publierons dans un prochain numéro.

sont moins bons conducteurs, de l'autre, l'acide phénique coagule l'albumine de la dentine et forme un rempart à la pulpe contre les agents extérieurs.

L'on peut continuer ensuite l'excavation en recommençant à phéniquer la dentine, dès que la sensibilité renaît, car il faut se rappeler que l'action de l'acide phénique est superficielle. Il faut se rappeler aussi l'anatomie de la dent et avoir présent à l'esprit la forme qu'affecte la pulpe de chaque dent et les limites de la cavité centrale qui la renferme.

Quand la cavité est préparée, il est prudent de ne pas mettre directement sur le *septum* de dentine protecteur de la pulpe, la matière obturatrice définitive. Après avoir bien lavé avec un petit tampon imbibé d'alcool et séché la cavité avec la pompe, on place un lambeau de papier d'amiante, qu'on recouvre lui-même d'une légère couche de gutta-percha, deux corps mauvais conducteurs, mais aussi deux corps suffisamment résistants pour protéger la pulpe. Sur la couche de gutta, on peut mettre la substance plastique définitive.

A défaut de papier d'amiante, mettre un vernis de cire et de chloroforme. Ce vernis se fait facilement en écrasant dans un mortier des fragments de cire vierge, en additionnant de chloroforme jusqu'à consistance sirupeuse. On introduit une ou deux gouttes dans la cavité, le chloroforme s'évapore et il reste une couche de cire très adhérente et parfaitement protectrice. On introduit ensuite la gutta-percha ramollie et suffisamment chaude, que l'on tasse avec précaution et également à l'aide d'un fouloir approprié. On peut ensuite, suivant le cas, introduire un ciment à l'oxyphosphate ou au pyrophosphate de zinc, ou encore un almagame de son choix.

Agir autrement pourrait congestionner la pulpe par suite de la compression exercée par l'obturation sur le septum, et, par contre-coup, sur la pulpe, qui ne tarderait pas à être détruite à bref délai.

Caries au troisième degré. — Quant le praticien se trouve en présence d'une carie au troisième degré, et qu'il juge que le patient peut, avec des soins appropriés, conserver sa dent, et qu'il en a les facilités, il ne doit cependant pas rester désarmé. Que lui faut-il faire en cette circonstance? Une corne de pulpe est dénudée, la dent douloureuse, la cavité cariée est pleine de débris alimentaires, le malade attend du soulagement.

Une injection d'eau tiède débarrassera d'abord la cavité des détritus y inclus; puis l'opérateur examinera avec soin, après avoir essuyé avec un tampon de ouate les parois de la cavité, quelle est la gravité et l'étendue de la lésion. Il enlèvera ensuite tout ce qu'il pourra de dentine cariée avec un excavateur ou ciseau. Il introduira ensuite un tampon d'ouate chargé d'acide phénique, dans la dent, puis un ou deux autres tampons par-dessus. Il attendra que le calme se soit produit. Alors il fera un pansement complet de cette façon : enlever le premier pansement; mettre un tampon phéniqué ou imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 pour 100 dans l'essence de girofles; mettre un second tampon de ouate, et enfin, si possible pour maintenir le tout, un morceau de gutta-percha, à son défaut un tampon de ouate imbibé de teinture mixte de benjoin et de mastic en lames.

Ainsi pansé le praticien pourra l'adresser à un dentiste qui lui continuera les soins.

Il est une composition due à M. Breithaupt, qui lui donne de bons résultats en application sur les pulpes dénudées :

Sublimé.	5,0
Calomel.	1,0
Chlorhydrate de morphine	1,8
Oxyde de blanc de zinc.	15,0

En une pâte molle. GUILLOT.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

24 janvier 1657. — *Reception de Religieuses.* — L'un de Messieurs aiant averty la Compagnie que vendredy prochain la mère Prieure doit amener au Bureau trois filles pour estre receues Religieuses à l'Hostel Dieu : Monsieur Perreau a dit qu'il a dressé un memoire des choses qu'il a creu necessaires d'observer en ce rencontre, pour en communiquer à Messieurs du Spirituel et qu'il croioit que chacun de Messieurs du Bureau en auroit fait autant de sa part ; mais dautant que la chose presse, qu'il seroit à propos de *délibérer quant à présent des choses, dont on pourra s'informer, auparavant que de consentir la reception desdites filles.* Sur quoy lecture faite dudit mémoire (1) et chacun article mis en deliberation. La Compagnie a aresté sur le premier que l'on dira à la mère Prieure que le Bureau croit qu'elle a eu le soin de *faire visiter ces filles pour conoistre si elles n'ont point d'infirmité qui les empesche de vaquer au service des pauvres et si elles ont des forces pour cela, mesme qu'elle en aura pris l'avis du médecin.*

Sur le second, que l'on demandera aux pères, mères ou tuteurs desdites filles, *si c'est de leur consentement que lesdites filles se rendent religieuses audit Hostel Dieu,* et a esté aresté que, sans ledit consentement de bouche ou par escrit, le Bureau ne consentira point de sa part à la reception desdites filles, suivant ce qui a esté aresté cy devant. Sur le troisieme, qu'auparavant que ces filles soient entrées au Bureau avec leurs parens, on demandera à la mère Prieure *si elle a receu de l'argent* ou si on luy en a promis, pour la reception desdites filles, et en ce cas, on l'avertira *que cet argent doit estre mis entre les mains de Monsieur le Receveur général de l'Hostel Dieu par les parens* desdites filles : et que le Bureau aura soin de pourvoir au besoin desdites filles et de faire emploier ce que les parens auront donné libéralement, *suivant leur intention* ; et que quand les parens seront entrez, on leur demandera s'ils ont donné ou promis quelque chose pour la reception desdites filles, qu'on leur fera entendre *que cela depend de leur pure charité et libéralité,* et que s'ils veulent donner quelque chose, ce doit estre entre les mains dudit sieur Receveur, et que le Bureau fera exécuter leurs pieuses intentions.

Sur le quatriesme, qu'on demandera ausdites filles, si elles promêtent d'aler aux hospitaux de Saint Louis et de Sainte Anne servir les malades pestiférez quand elles y seront envoyées. Et d'autant que l'un de Messieurs a dit *qu'il y a beaucoup d'autres choses à reformer dans la maison,* et dont il faut pour cela conferer avec Messieurs du Spirituel. La Compagnie a aresté qu'elle nommera quelques uns de Messieurs du Bureau qui s'assembleront extraordinairement pour dresser les mémoires des choses dont on voudra communiquer avec lesdits sieurs du Spirituel. (24[e] *Reg.*, p. 12 (verso) et 13).

31 janvier 1657. — Monsieur Bourgeois et les mères Prieure et souz Prieure sont venus au Bureau pour y presenter trois filles pour estre receues religieuses audit Hostel Dieu. Et auparavant que les dites filles et leurs parens soient entrez, la Compagnie en exécutant la délibération du 24 du présent mois, a demande à ladite mère Prieure si elle avoit *fait visiter* lesdites filles pour conoistre si elles ont la santé et les forces requises à l'employ qu'elles entreprennent, et si elle en a pris l'advis du médecin.

Elle a respondu que ouy et que dans les doutes qu'on peut avoir, elles ont accoustumé de consulter les médecins. Il luy a aussy esté demandé, si elle a receu ou demandé de l'argent pour la reception de ladite fille, et elle a dit qu'elle n'en a receu ny demandé pour cela. Et luy aiant esté remonstré que l'argent que les parents donnent doit *estre mis ès mains de Monsieur le Receveur général et non des Religieuses, qui ne doivent point manier d'argent par leurs constitutions* et par un reglement fait dès l'année 1535, et que le Bureau ne leur refuse rien de ce qu'elles luy demandent. *Elle a respondu qu'elle n'a point de connoissance de ce reglement, qu'elle ne l'a point veu non plus pratiquer*; qu'elle croioit que leurs superieurs spirituels ne permetroient pas qu'elles receussent quelque chose des filles, *si cela contrevenoit à leurs vœux* ; que l'employ qu'elles en font est à la descharge de la maison ; que si elles ne disposoient pas de cet argent aux menues nécessitez qu'elles ont, *elles seroient contraintes d'importuner le Bureau trop souvent,* pour des choses de peu de consequence. A quoy Monsieur le Febre a replique que le Bureau ne se trouve point importuné de leurs demandes et *qu'elles y doivent demander tout ce dont elles ont besoin,* comme elles ont fait autrefois. (*Reg.* 24, p. 15).

4 avril 1657. — *Protestant converty.* — Les sieurs de Galimier et Tavernier, assistez d'une autre persone, sont venus au Bureau prier la Compagnie de permettre que le nommé Helie Billy, aporté malade à l'Hostel Dieu depuis quinze jours, et qui est de la religion pretendue reformée, soit tiré dudit hospital, pour estre mis en une chambre particulière, et noury de medicaments aux despens de son pere, qui en a les moiens. Surquoy l'un de Messieurs a remonstré, que ledit Billy est à présent catolique qu'il a fait l'abjuration de son hérésie il y a près de deux mois, estant lors en santé aiant esté amené deux fois à l'Hostel Dieu et la seconde étant une recheute de la première maladie. Ledit sieur de Galimier a dit, que puisque cela est ainsy, et *suposé que ce garçon n'ait point esté [illegible] pour changer de religion,* il ne demande plus pour en disposer absolument, mais prie qu'on le mette en une chambre

(1) Brule.

particulière, telle que voudra choisir la Compagnie: que l'un de ceux qui l'assistent est cousin dudit Billy, et ofre de fournir à sa despense. Surquoy luy a esté demandé en quelle qualité il prétendoit redemander ce garçon, il a respondu que c'est en qualité d'ancien de Charenton. Il luy a esté repliqué que le Bureau ne reconoist point cette qualité, qui ne peut avoir effet qu'entre ceux de sa religion : et que quand on la voudroit reconoistre en cette Compagnie, il luy faudroit un pouvoir special et par escrit pour redemander ce garçon, le pouvoir général que sa qualité luy donne ne sufisant pas, *mais que cette qualité est inutile en ce rencontre, puisque ce garçon est catolique.* Dequoy ledit sieur de Galinière est enfin demeuré d'acord, et a dit qu'il n'insiste plus que pour l'interest du père qui seroit fasché que son fils demeurast en un hospital, aiant moien de l'entretenir ailleurs. Après quoy la Compagnie a demandé à celuy, qui se disoit parent dudit Billy s'il avoit pouvoir du père, de retirer ce garçon, il a respondu que non : qu'il en a escrit au père qui demeure à Chastel le Thibault : mais qu'il n'a peu en avoir encore response, y aiant peu de temps qu'il est averty de la maladie du garçon, à la prière duquel il s'est employé pour le tirer dudit Hostel Dieu : *ce qui lui aiant esté acordé par les Religieuses de l'Hostel Dieu, luy a esté depuis refusé, et mesme le garçon changé de lit, pour lui en oster la conoissance.* Surquoy la Compagnie a aresté qu'elle ne permetra point que ledit Billy soit tiré dudit Hostel Dieu, et que si le père le demande, *elle avisera à ce qu'elle aura à faire* ce que la Compagnie a fait scavoir audit sieur de Galmier et ses assistans : et leur a remonstré que la qualité d'anciens aux uns, et de parent en l'autre ne sufit pas, pour pouvoir autoriser leur demande, puisque ce garçon est catolique et a un père qui seul a droit sur son enfant Ensuite de quoy quelques uns de Messieurs ont dit qu'ils scavent bien que ceux de la Religion prétendue réformée ont des hospitaux particuliers où ils retirent les malades de leur religion, *contre les edits et arrests du Conseil et de la Cour, et qu'on scait les moyens pour les empescher.* A quoy ledit sieur Galimier a respondu qu'il est véritable qu'ils ne peuvent avoir d'hospitaux particuliers: *mais qu'on ne peut oster la liberté aux personnes pieuses* de retirer en leurs maisons les malades de leur religion qui ont besoin Il leur a esté repliqué que ce n'est point un effet d'une charité particulière puisqu'on scait asseurément qu'il y a dix huit ou vingt lits dans une maison et quatorze ou quinze dans l'autre. Surquoy ledit sieur de Galimier et autres se sont retirés et la Compagnie a envoyé le sieur Bigot à l'Hostel Dieu advertir les Religieuses de ne point soufrir que ce garçon soit tiré de l'Hostel Dieu, jusqu'à ce qu'elles en aient ordre du Bureau. (*Reg.* 24, p. 51 et 52).

28 *avril* 1657. — *Æconomie de l'Hostel Dieu. Religieuses. Argent pour reception.* — Monsieur Perreau a fait lecture de partie de son mémoire, et ont esté examinez les articles suivants : Premièrement que *les religieuses de l'Hostel Dieu ou leurs parens donnent de l'argent pour leur reception bien qu'elles soutiennent le contraire,* qu'on en voit la preuve dans les ouvrages qu'elles font faire sans en rien demander au Bureau qui sont pour l'ordinaire despences superflues et inutiles, que pour obvier à cela il est besoin de scavoir si on pouvoit obliger les pères et mères des filles présentées au Bureau pour estre religieuses de faire serment s'ils n'ont point promis ou donné quelque chose pour leur réception, leur faire entendre qu'il y a simonie autant à prometre ou donner de l'argent pour ce sujet que de le demander, à moins qu'il soit ofert librement et par motif de charité seulement.

Argent des malades. — Secondement que les religieuses ne rendent *plus l'argent qu'elles trouvent dans les habits des malades decedez, comme elles faisoient cy devant, à monsieur Bourgeois,* qui en tient compte au Bureau ; que pour y remedier on pouvoit obliger le chapelain d'interroger les malades en entrant de l'argent qu'ils ont et en faire mention sur un registre particulier et autres choses qui ont esté decrites. (*A suivre*).

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY

ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888

Semestre d'hiver. — *Du* 3 *novembre au* 15 *mars.*

Cours

Chimie minérale. — M. JACQUEMIN, chimie minérale appliquée, mercredi, jeudi, 11 heures; samedi, 2 heures 1/2.

Histoire naturelle. — M. BLEICHER, Zoologie appliquée, lundi, jeudi, 10 heures.

Matière médicale. — M. GODFRIN, drogues tirées des cryptogames et des monocotylédones, mardi, vendredi, 10 heures.

Pharmacie. — M. HELD, agrégé, chargé du cours, examen et analyse des médicaments chimiques, mercredi, vendredi, 9 heures.

Toxicologie et physique. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, étude des empoisonnements, lundi, mercredi, 9 heures.

Cours complémentaires

Chimie organique. — M. JACQUEMIN, chimie organique appliquée, mercredi, 2 h. 1/2, samedi 11 heures.

Pharmacie galénique. — M. DELCOMINÈTE, opérations pharmaceutiques, mardi, vendredi, 9 heures.

Zoologie. — M. THOUVENIN, complément du cours magistral, mardi, 11 heure; vendredi, 11 heures.

Minéralogie et hydrologie. — M. KLOBB, description des mineraux usuels, mardi, 9 heures ; vendredi, 11 heures.

Conférences

Toxicologie. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, interrogations, lundi, 10 heures.

Chimie analytique. — M. KLOBB, analyse minérale qualitative, mardi, jeudi, 1 h. 1/4 ; samedi, 8 h. 1/4.

Travaux pratiques

Chimie. — MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 1re année, lundi, jeudi, de 2 heures à 5 heures et samedi, de 9 heure à midi.

Chimie analytique. — MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 2e année, mardi, jeudi, de 2 heures à 5 heures.

Micrographie générale. — MM. BLEICHER et THOUVENIN, élèves de 2e année, vendredi, de 2 heures à 5 heures.

Pharmacie galénique. — M. DELCOMINÈTE, élèves de 3e année, lundi, mardi, de 1 heure à 5 heures.

Micrographie appliquée. — GODFRIN et THOUVENIN, élèves de 3e année, samedi, de 2 heures à 5 heures.

Recherches pour les thèses. — M. JACQUEMIN, élèves de 4e année, tous les jours.

Semestre d'été. — *du* 16 *mars au* 31 *juillet.*

Cours

Chimie minérale. — M. JACQUEMIN, chimie minérale appliquée, mercredi, jeudi, 11 heures ; samedi, 2 h. 1/2.

Histoire naturelle. M. BLEICHER, Dicotylédones à pétales, Monocotylédones. cryptogames, lundi, jeudi, 9 heures.

Matière médicale. — M. GODFRIN, Drogues tirées des conifères et des dicotylédones, mardi, vendredi, 9 heures.

Pharmacie. — M. HELD, agrégé chargé du cours, étude des médicaments nouveaux, mercredi, vendredi, 8 heures.

Toxicologie et physique. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, applications de la physique à la pharmacie, à la chimie et à la toxicologie, lundi, mercredi, 8 heures.

Cours complémentaires

Chimie organique. — M. JACQUEMIN, chimie organique appliquée, mercredi, 2 heures 1/2 ; samedi, 11 heures.

Pharmacie galénique. — M. DELCOMINÈTE, étude des médicaments galéniques, mardi, jeudi, 8 heures.

Zoologie. — M. THOUVENIN, complément du cours magistral, mardi, vendredi, 10 heures.

Minéralogie et hydrologie. — M. KLOBB, étude des eaux douces et des eaux minerales, mardi, 8 heures ; vendredi, 11 heures.

Conférences

Chimie analytique. — M. KLOBB, analyse minérale quantitative. — Notions sur l'analyse organique, samedi, 8 h. 1/4.

Travaux pratiques

Chimie minérale. — MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 1re année, mardi, 9 heures à midi; samedi 9 heures à midi.

Herborisations. — M. BLEICHER, élèves de 1re, 2e et 3e années, jeudi, 2 heures.

Chimie organique. — MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 2e année, lundi, 1 heure à 5 heures.

Micrographie. — MM. BLEICHER et THOUVENIN, élèves de 2e année, vendredi, 2 heures à 5 heures

Pharmacie. — M. HELD, élèves de 2e année, mardi, 2 heures à 5 heures.

Chimie. Toxicologie. — MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 3e année, mardi, 2 heures à 5 heures.

Physique appliquée. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, élèves de 3e année, lundi, 2 heures à 5 heures.

Micrographie appliquée. — MM. GODFRIN et THOUVENIN, élèves de 3e année, samedi, 2 heures à 5 heures.

Les cours et examens commenceront le 3 novembre, les travaux pratiques le 14 novembre. Les inscriptions seront reçues du 26 octobre au 20 novembre. L'examen de validation de stage aura lieu le jeudi 3 novembre à 9 heures du matin.

Un nouvel anesthésique local : La sténocarpine.

Le nouvel anesthésique local dont il s'agit a été extrait d'un Acacia, que l'on croit être l'A. *Stenocarpus*, par M. Seward, d'après le conseil d'un M. Goodman, de la Louisiane, qui eut accidentellement l'occasion de noter l'action anesthésiante des

feuilles de l'arbre en question. Un travail de M. Claiborne (*New-York Medical Record*, 30 juillet 1887), fournit les renseignements suivants. L'alcaloïde a été extrait des feuilles. Une solution à 2 pour 100, instillée dans les yeux d'un lapin ou d'un chat à la dose de deux gouttes, produit une insensibilité complète : on peut piquer, tordre, racler la cornée ou la conjonctive sans qu'il se produise de symptômes douloureux, ceci au bout de cinq minutes. Au bout de dix et quinze minutes, l'anesthésie persistant, il y a aussi de la mydriase qui atteint son maximum au bout de ving minutes et persiste telle quelle durant trente-six heures ; l'anesthésie diminue à partir d'une heure environ. Même anesthésie locale lorsqu'on opère sur un point quelconque de la peau. M. Claiborne croit que la *Sténocarpine* diminue la tension de l'œil, ce qui en ferait un médicament utile dans le cas de glaucome (*Revue scientifique*).

Enseignement médical libre.

Cours de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, recommencera ses cours le lundi 10 octobre, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et les continuera tous les jours, excepté le samedi. Le cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement dans la profession médicale. Pour cela ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez M. le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 heure à 2.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 18 septembre 1887 au samedi 24 septembre 1887, les naissances ont été au nombre de 1158, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 444 ; illégitimes, 140. Total, 584. — *Sexe féminin* : légitimes, 422 ; illégitimes, 152 Total, 574.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 sept. 1887 au samedi 24 septemb. 1887, les décès ont été au nombre de 793, savoir : 411 hommes et 376 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18, F. 13. T. 31. — Variole : M. 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 5, F. 5. T.10. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 4. T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 8 F. 7, T. 15. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 106, F. 55. T. 161. — Autres tuberculoses : M. 6. F. 9. T. 15. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3. T. 3. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 19. T. 39. — Méningite simple : M. 6, F. 17. T. 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 11, F. 25. T. 36. — Paralysie : M. 2, F. 4 T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 2. T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 23. T. 46. — Bronchite aiguë : M. 9, F 5 T. 14. — Bronchite chronique : M. 12, F. 14. T. 26. — Broncho-Pneumonie : M. 3, F. 5. T. 8. — Pneumonie M. 11, F. 15. T. 26. — Gastro-entérite, biberon : M. 25, F. 23. T. 48. — Gastro-entérite, sein : M. 19, F.17. T. 36 —Autres gastro-entérite : M. 0, F. 10. T. 10. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 14. F. 9, T. 23. — Sénilité : M. 11, F. 9. T 20. — Suicides : M. 11, F. 9 T. 20. — Autres morts violentes : M 8, F. 0. T. 8. — Autres causes de mort : M. 70 F. 62. T. 132 — Causes restées inconnues : M. 3. F. 4. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 13. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 24 ; illégitimes, 13. Total : 37.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. SABADINI, docteur en médecine, est nommé chef de clinique obstétricale à ladite Ecole, en remplacement de M. Cochez, appelé à d'autres onctions.

ECOLE DE MÉDECINE MILITAIRE (VAL-DE-GRACE). *Concours de professeur agrégé.* — Le Ministre de la guerre a décidé que la date du Concours pour un emploi de professeur agrégé de clinique médicale à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, primitivement fixée au 1er octobre 1887, serait reportée au 3 novembre suivant. Toutes les conditions prévues par la décision ministérielle du 18 juin 1887 sont d'ailleurs maintenues.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Antoine VOREUX, décédé à 25 ans. Il était déjà licencié en droit. — M. le Dr FLAMANT (de Rilly-la Montagne). — M. le Dr DELACROIX (de Châlons). — M. le Dr PIOCH (de Lyon), décédé à l'âge de 72 ans. — M. le Dr TORRELLE, médecin-major, décédé à Nancy. — *L'Union médicale* annonce la mort de M. le Dr Anton JAKSCH, ancien doyen de la Faculté de médecine de Prague ; il est décédé le 2 septembre dernier. Ce professeur de Prague, après un séjour à Paris, où il s'était mis en relation avec Cl. Bernard et Duchenne (de Boulogne), a vulgarisé dans son pays les travaux des savants français. — Sont morts également : M. le professeur Jullius MOLLER (de Konigsberg) ; M. le professeur F. SCHOTT, élève de Rokitansky et professeur d'anatomie pathologique à l'Université d'Innsbruck — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr FONTROBERT, âgé de 42 ans, ex-médecin du bureau de bienfaisance à Lyon. — de MM. les Drs Théophile LE GROS (d'Argentan) et de GAULEJAC (d'Agen), ancien interne des hôpitaux de Paris. — M. Victor BIGOT, ancien médecin de la marine, ex-médecin en chef de l'asile de Léhon, près Dinan (appartenant aux frères St-Jean-de-Dieu), ancien directeur-médecin de l'asile de Bonnerol (Eure-et-Loir), directeur-médecin de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), vient de mourir à Orsay, à l'age de 61 ans. Ses travaux peu nombreux sont : *Recherches sur l'origine de l'asile public d'aliénés de Bordeaux.* — *Histoire de l'abbaye de Bonneval.* — *Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale* (1877). — Adversaire acharné de la laïcisation, il dut son avancement rapide à l'appui du parti clérical. Quelques faits donneront une idée de sa manière de voir. Il fit enlever des salles de l'asile de Vaucluse les emblèmes religieux le jour même où une commission du Conseil municipal venait s'assurer de leur suppression, et, le lendemain, ces emblêmes avaient repris leur place. — Par principe, il refusait aux internes les transferts d'aliénés et les faisait faire par des employés subalternes ; quand il était peu satisfait de leur façon d'agir, il les chargeait du service le plus désagréable.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

ARNAUD (H.). — **Contribution à l'étude clinique de la surdité verbale.** Brochure in-8 de 39 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. 90 c.

SEGLAS (J.). — **La Paranoia (Délires systématisés et dégénérescences mentales, historiques et critiques).** Brochure in-8 de 39 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

VOISIN (J.). — **Note sur un cas de mélancolie avec stupeur, à forme cataleptique, avec conservation de l'intelligence ayant duré six ans** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés. 35 c.

MAGNAN (V.). — **Leçons cliniques sur les maladies mentales.** (Considérations généra es sur la folie. — Les héréditaires ou les dégénérés. — Les délirants chroniques. — Les intermittents). 2e *fascicule des Leçons cliniques.* Brochure in-8 de 50 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. 1 fr.

Librairie J.-B. BAILLIERE et fils, 19 rue Hautefeuille.

CYR (J.). — Traité pratique des maladies du foie. Volume in 8 de 880 pages. — Prix : 12 fr.

Librairie G. STEINHEIL, 2, r. Casimir-Delavigne.

BERNHARDT (M.). — Neuropathologische Beobachtungen. Brochure in-8 de 12 pages. — Coblentz, 1887. Druck von P. Werle.

SEGUIN (E.-C.). — A contribution to the pathology of the cerebellum. Extrait du *Journal of nervous and mental disease.* — New-York, 1887 J. -H. Vail et Cº.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 41. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 8 OCTOBRE 1887.

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

De la dilatation rapide du col de l'utérus (1).

Par le Dr W. H. WATHEN (de Louisville) ;
Professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine du Kentucky, ex-Président de la Société de médecine du Kentucky, gynécologue consultant à l'hôpital de Louisville, etc.

Convaincu par l'expérience et l'observation qu'on ne retire que de mauvais effets de l'usage des tentes pour dilater le canal cervical ou de l'emploi des incisions pour élargir ou reformer ce canal dans le traitement de la dysménorrhée et de la stérilité, je me suis efforcé de leur substituer une méthode plus satisfaisante, et je viens appeler votre attention sur la dilatation rapide obtenue à l'aide de dilatateurs bivalves, telle que la pratiquent plusieurs opérateurs éminents de ce pays avec des résultats meilleurs et des complications moindres que par tout autre moyen.

L'emploi des tentes peut être indiqué dans quelques circonstances ; mais je m'imagine difficilement qu'on puisse les préférer aux dilatateurs métalliques dans les opérations qui ont pour but de guérir la dysménorrhée et la stérilité. Les résultats qu'on obtient à l'aide des tentes ne sont pas encourageants : les bons effets qu'elles semblent parfois déterminer ne sont d'ordinaire pas durables. Les tentes sont difficiles à introduire ; elles amènent fréquemment de sérieuses complications, et ne dilatent qu'imparfaitement et lentement ; plusieurs jours sont souvent nécessaires pour que la dilatation soit complète. L'endométrite, l'hématocèle, la cellulite pelvienne ou la péritonite, la septicémie, la pyohémie et le tétanos, tels sont souvent les dangers qui résultent de leur emploi. Ces complications surviennent de la façon la plus inattendue, et il n'est pas de médecin ayant quelque expérience de l'usage des tentes, qui ne les ait observées; l'antisepsie la plus rigoureuse ne les prévient même pas toujours. Le tupelo est supérieur à toute autre substance comme tente; il est moins apte à produire l'infection septique que l'éponge préparée, et il dilate plus rapidement, plus régulièrement et mieux que la laminaria. Les dilatateurs à deux branches sont relativement aseptiques, faciles à manier et produisent une dilatation complète en une seule séance ; comparativement, l'opération est exempte de dangers immédiats ou ultérieurs; elle guérit presque toujours la dysménorrhée et fait souvent disparaître la cause ou les causes de stérilité. C'est là un fait démontré par l'expérience des meilleurs gynécologues. Quant aux incisions pratiquées sur le col, soit dans toute sa longueur, soit au niveau de son orifice interne, en avant, en arrière ou de chaque côté, elles donnent des résultats encore moins satisfaisants que l'usage des tentes. Elles amènent rarement la guérison, entraînent de graves complications et créent parfois un état pathologique du col qui réclamera plus tard la trachélorraphie, tout comme les déchirures consécutives à un accouchement. Les bougies métalliques graduées n'offrent aucun avantage sur le dilatateur à deux branches ; le traitement est long et pénible, les complications sont relativement fréquentes, et l'amélioration n'est généralement que temporaire. Je me suis souvent servi du dilatateur bivalve et n'en ai obtenu que de bons effets, sans complications. Tel est aussi le résultat de l'expérience de Goodell, Mundé, Gill, Wylie, Goelet et de presque tous ceux qui ont opéré de même.

Il m'est arrivé de pratiquer la dilatation du col dans mon cabinet, sans anesthésie locale ou générale, dans une étendue de 8 à 12 millimètres, laissant immédiatement après les malades regagner à pied leur domicile. La dilatation est ordinairement peu douloureuse. La douleur disparaît au bout de quelques minutes, et il n'y a jamais de complications sérieuses. La dilatation est contre-indiquée lorsqu'il existe une inflammation de l'utérus, du tissu cellulaire pelvien, du péritoine, ou quelque affection de la trompe ou de l'ovaire ; on ne la pratiquera qu'après avoir lavé le vagin et soigneusement désinfecté l'instrument avec de l'acide phénique. Si la dilatation doit acquérir de 1 cent. 1/2 à 3 cent., il faut employer le chloroforme sans aller jusqu'à l'anesthésie complète. La malade devra être soigneusement préparée à l'opération qu'on fera dix jours environ après l'époque menstruelle; une injection sous-cutanée de morphine et d'atropine précédera l'administration du chloroforme.

Le mieux est de placer la femme sur le dos et de se servir d'un large spéculum bivalve ; mais on peut employer aussi le spéculum de Sims et faire mettre la femme sur le côté gauche. Je ne commence jamais l'opération sans avoir à ma disposition moins de trois dilatateurs de différents calibres, mais il peut n'être pas nécessaire d'en employer plus de deux. Je fixe solidement le col à l'aide d'un petit ténaculum et j'introduis d'abord le plus petit dilatateur; il est parfois possible d'employer immédiatement le dilatateur moyen ; dans d'autres cas, le plus petit détermine une dilatation suffisante pour admettre le plus large.

Fig. 14.

L'utérus tend à glisser en arrière de l'instrument au fur et à mesure que celui-ci s'entr'ouvre, mais c'est là un fait facile à éviter par l'emploi du ténaculum et avec mon dilatateur. D'après mon expérience, cette difficulté se produit surtout avec l'instrument d'Ellinger, modifié par Goodell, malgré la rudesse de ses branches. Pour ce fait et pour d'autres raisons, j'ai inventé l'instrument que je vous présente.

On admet que la supériorité du dilatateur de Goodell est due à ce que ses branches étant parallèles, il dilate également toutes les parties du canal

(1) Communication faite au dernier Congrès international des sciences médicales de Washington, le mardi 6 septembre 1887.

cervical. Mais cela n'est vrai qu'en théorie, car l'élasticité des branches est plus grande à leur extrémité, en même temps que la résistance est plus considérable à la partie supérieure du col, en sorte que lorsque l'orifice externe est dilaté de 3 cent., l'orifice interne ne l'est que de 2 cent. 1/2. Or, c'est l'inverse qui devrait exister, car c'est généralement le point le plus voisin du corps de l'utérus qui réclame l'action la plus énergique.

Mon dilatateur est plus puissant, moins compliqué et ne glisse pas aussi facilement quand on l'entr'ouvre. Lorsqu'il dilate l'orifice externe de 2 cent., il agit sur l'orifice interne dans une étendue de 2 cent. 1/2. Il ne faut pas dilater trop rapidement, dans la crainte de déchirer le col. On ne devra pas dilater non plus un col petit autant qu'un col volumineux. Si la femme, cessant de subir l'influence du chloroforme, ressent la douleur due à la présence de l'instrument, on devra le desserrer et le retirer avec douceur.

Les résultats sont probablement meilleurs si l'on introduit la tige intra-utérine immédiatement après l'opération ou dès le second jour. La femme devra garder le lit une semaine et l'on fera chaque jour des injections vaginales chaudes. Les rapprochements sexuels doivent être interdits pendant un mois, et la malade évitera avec soin toute fatigue pouvant retentir sur l'utérus ou ses annexes, surtout au moment des règles.

En résumé, j'ai cherché à démontrer que la dilatation rapide peut être substituée à tous les autres moyens dans la plupart des cas où la dilatation est indiquée. C. M.

PATHOLOGIE INTERNE

Méningite tuberculeuse consécutive à un simple débridement du canal nasal chez un sujet scrofuleux ;

Par le Pr FERRET.

L'observation suivante vient à l'appui de la théorie de l'auto-inoculation, émise et soutenue par Verneuil, et c'est à ce titre qu'elle est intéressante à publier :

OBS. Une dame âgée de 38 ans, scrofuleuse et affligée d'une ozène intense depuis son enfance, vient me consulter à la fin de mars 1885, pour une dacryocystite du côté gauche. Elle accepte le traitement proposé, mais demande instamment à être chloroformée, malgré le peu d'importance de l'opération. Le 28 mars, après avoir très facilement endormi la malade, je pratique l'incision du point lacrymal supérieur et le débridement du canal nasal avec le couteau de Weber, et je place une sonde à demeure. Pendant le réveil, il se produit quelques vomissements alimentaires : mais les suites de cette petite opération furent normales, c'est-à-dire qu'il n'y eut, du côté des voies lacrymales, ni douleur ni réaction inflammatoire. Le 6 avril parurent des signes de méningite, qui devinrent rapidement inquiétants, et, le 13, la malade était morte.

Ce cas est analogue à ceux déjà publiés d'opérations pratiquées sur des foyers tuberculeux et suivies de méningite. Ces faits sont utiles à connaître, mais il ne faut pas en exagérer l'importance, en oubliant qu'ils sont excessivement rares, et rester inactifs sous prétexte d'accidents impossibles à prévoir. Malgré les morts dues au chloroforme, il n'est jamais venu à l'idée de personne de renoncer à l'anesthésie ; de même, malgré quelques faits malheureux, on ne doit pas priver les scrofuleux du bénéfice d'une intervention chirurgicale.

NOMINATION. — Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination de M. le Dr PETIT, ancien interne, médecin adjoint de l'asile d'Armentières, comme médecin directeur de l'asile de reforme d'Yseure, en remplacement du Dr Keraval, des asiles de la Seine.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Concours de l'Internat des Hôpitaux de Paris : Question de la limite d'âge.

Bien que nous ayons déjà entretenu nos lecteurs (1) du refus de l'Administration de l'Assistance publique d'admettre à concourir pour l'internat, contrairement à la pratique libérale qu'elle avait adoptée jusque-là, les *Internes provisoires* qui ont dépassé l'âge de 28 ans fixé par l'article 102 du règlement (2), nous croyons devoir y revenir encore une fois.

Si la limite d'âge a une grande importance pour la fin ou la sortie des fonctions scientifiques, il n'en est plus de même pour l'entrée dans ces fonctions, qu'il s'agisse de l'enseignement ou qu'il s'agisse des places de médecins, de chirurgiens ou d'internes des hôpitaux, dont l'importance est incontestable au point du vue de la science et de l'enseignement supérieur. Les anciens arrêtés du Conseil général des hospices avaient accepté cette manière de voir, car nous n'en rencontrons aucun établissant une limite d'âge pour les candidats à l'internat dans le *Code administratif des hôpitaux de Paris* (3). Le besoin de cette limite d'âge ne s'était pas fait sentir jusqu'en 1864. Comment s'est-il produit et quelles sont les raisons qui ont conduit l'Administration de l'Assistance publique à introduire dans son règlement du service de santé un article limitatif, c'est ce que nous allons examiner aussi rapidement que possible. Pour cela, il nous faut remonter un peu dans le passé.

La séance d'ouverture du concours de l'externat, le 21 octobre 1863, a été signalée par un incident que quelques journaux de l'époque seulement ont osé raconter avec exactitude. Voici, en premier lieu, le récit emprunté à la *Presse Scientifique des Deux-Mondes* (1er novembre 1863), fondée et dirigée par M. J.-A. Barral :

Le concours est *public*. Or, un élève des hopitaux venait pour y assister, la chose paraissait assez naturelle ; mais voilà qu'un garçon de bureau, aposté dans l'escalier, lui interdit l'entrée. L'Elève maintient son droit et, grace à l'insistance de ses camarades, il parvint à gagner l'amphithéatre où il se place de son mieux et se tint *coi*. Le garçon de bureau ayant immédiatement rendu compte du peu succès de sa mission, on vit aussitôt

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable,

on vit M. le Directeur général lui-même, en personne, se charger de l'expulsion de l'élève Jacquier. *Empoigné* au collet, l'élève invoqua son droit d'assister à la séance. Le Directeur général invoqua la force. C'était pitié de voir ce malheureux élève, sérieusement malade, vieilli loin des siens, revendiquer contre le directeur de l'Assistance publique un règlement octroyé par l'Assistance publique elle même. Il se cramponnait aux bancs de l'amphithéatre, de telle sorte, qu'il fallait ou lui fracturer les membres pour l'en arracher ou le souffrir dans la salle. C'est alors que les élèves [illegible] manifestèrent leur désapprobation.

La séance fut levée, et durant plusieurs jours, nous avons été menacés de la suppression du concours de l'externat pour 1863. Mais, rassurons-nous, consolons-nous ! Pour nos futurs médecins, ce n'était là qu'une menace ! Les externes venus de province, les internes qui ont donné leur démission dans nos grandes villes, pour venir prendre part au concours des hopitaux de Paris, ne perdront pas une année de leur jeunesse et de leur temps. Perte souvent irréparable ! Tous en auront été quittes pour quelques jours de réflexion.

L'Assistance publique leur a sans doute tenu compte de ce

(1) Voir le n° du 24 septembre, p. 235.

(2) Cet article est ainsi conçu : *Article* 102. Les élèves externes reçus au Concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. ILS NE DOIVENT PAS ÊTRE AGÉS DE PLUS DE 28 ANS.

(3) Publication officielle. Paris, 1824.

sentiment tout français, le dévouement à l'être faible, qui leur faisait prendre parti pour le règlement contre un employé supérieur. D'autre part, se souvenant que l'homme n'est qu'un *Dieu tombé*, l'Administration a pu se montrer indulgente à l'égard de son représentant, qui n'avait en cette occasion qu'à respecter lui-même le règlement qu'il personnifiait.

La *Médecine Contemporaine* du 1er novembre 1863 exposait de son côté les faits de la façon suivante :

M. Husson s'est habitué à considérer l'Assistance publique comme un petit royaume dont il est le souverain absolu. Son peuple bien-aimé se compose de deux classes, des employés, des plumitifs bureaucrates, et riz-pain-sel, c'est l'état-major, le Gouvernement. L'autre classe, la populace, se compose du corps médical à tous degrés ; c'est pour ceux-là que le souverain prend ses grands airs, des froncements de sourcils et des mesures désagréables . . . .

Au concours actuel de l'externat, M. Husson voulut interdire à un elève en médecine contre lequel on n'articule aucun fait précis l'entrée de la salle des séances, qui est publique pour tout le monde. — Ici, il m'est difficile de dire comment les choses se sont passées, car vingt versions différentes ont circulé sur cet incident regrettable. — Cependant, voici la plus répandue : M. Husson, après avoir intimé l'ordre de sortir à l'élève J..., en le traitant de *mendiant*, aurait voulu se faire lui-même l'exécuteur de cet ordre, auquel on ne s'empressait pas d'obéir, et, saisissant au collet M. J..., aurait voulu l'expulser lui-même. On aurait vu alors M. Husson et son adversaire se gourmer publiquement au milieu du tumulte effroyable, occasionné par cette scène inqualifiable. Si les choses se sont passées ainsi, on doit vivement regretter que ce fonctionnaire ait oublié le respect qu'il doit à sa position, en insultant grossièrement M. J... devant la foule qui remplit son amphithéatre. Un jour, Orfila voulut expulser de l'amphithéâtre un élève en médecine qui troublait le cours d'un professeur. Il saisit le perturbateur au collet, et celui-ci le suivit sans résistance, sans que ses camarades lui prêtassent le moindre secours ; c'est qu'Orfila savait qu'il pouvait compter sur le respect et l'affection des élèves. M. Husson, en agissant comme Orfila, commettait une haute imprudence, car il ne doit pas ignorer que les sentiments qu'il inspire n'ont rien de commun avec ceux qui faisaient la force morale d'Orfila.

Immédiatement après cette scène tumultueuse, M. Husson, un peu étourdi par les arguments brutaux qui venaient de lui être adressés, prit avec l'irréflexion d'un haut fonctionnaire, une mesure assez étrange : il supprima le concours. Mais les plus embarrassés du résultat de cette décision prise trop à la légère ne furent pas les élèves, mais bien l'Administration. M. Husson venait donc d'aggraver les ennuis de sa position en se privant du concours des externes, dont il ne peut pas se passer. Alors il fallut nécessairement ajouter un acte à cette tragi-comédie, c'est-à-dire rouvrir le concours qu'on venait de fermer, pour réparer le mal causé par l'irascible directeur.

L'*Opinion Nationale* du 30 octobre, sous la signature de M. Pouchet, ayant consacré quelques lignes à la séance du concours de l'externat, et apprécié avec sévérité le rôle de M. Husson, reçut un communiqué du ministère de l'intérieur. Plus tard, Jacquier intenta un procès à M. Husson, qui demanda au tribunal de se déclarer incompétent, en invoquant sa qualité de fonctionnaire public ne pouvant être poursuivi qu'en vertu d'une autorisation du Conseil d'Etat. Naturellement, le Tribunal lui accorda ce qu'il demandait.

C'est à la suite de cet incident scandaleux et profondément regrettable que M. Husson, qui avait lutté manuellement contre un pauvre étudiant atteint d'*ataxie locomotrice*, partant infirme et incapable de se défendre sérieusement, présenta au préfet de la Seine, en 1864 (1), un arrêté modifiant le Règlement du concours de l'internat, y introduisant la limite d'âge et la fixant à 28 ans.

Dès l'année suivante (1865), M. Husson violait lui-même l'article du règlement dont il était l'auteur en autorisant nos amis Carville, externe des hôpitaux, âgé de 37 ans, et H. Liouville, interne provisoire, âgé de 28 ans et 2 mois, à concourir pour l'internat.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis 22 ans, presque chaque année les directeurs qui se sont succédé à l'Assistance publique, ont continué à enfreindre le règlement et à autoriser non seulement des internes provisoires, mais même des externes à prendre part au concours de l'internat. Il était devenu de tradition que malgré la limite d'âge on autorisait, sans difficulté, tous les *internes provisoires* à concourir. M. Peyron s'est conformé à cette tradition. En effet, il a autorisé à concourir pour l'internat: En 1885, MM. Beaudouin (Georges), âgé de 31 ans et un mois et Pinel-Maisonneuve, âgé de 28 ans et onze mois ; — en 1886, c'est-à-dire *l'an dernier*, MM. Bellanger (1), âgé de 28 ans et cinq mois, et Souza-Leite, étranger, et simplement externe (2), âgé de 28 ans et cinq mois.

A cette liste, l'Administration peut-elle en opposer une autre, comprenant les internes provisoires auxquels elle a interdit de concourir parce qu'ils avaient dépassé la limite d'âge. Nous espérons que non, pour son honneur, car, s'il en était ainsi, elle aurait fort mal agi, ayant favorisé les uns au détriment des autres.

D'ailleurs, aucun candidat, que nous sachions, ne s'est plaint de la tolérance, très justifiée dans la circonstance, de l'Administration envers ses camarades âgés de plus de 28 ans. Dans le courant de cette année, plusieurs personnes, nous assure-t-on, se sont informées, à diverses reprises, auprès du chef du bureau des concours si, comme d'habitude, les internes provisoires ayant dépassé la limite d'âge seraient autorisés à participer au prochain concours : toujours la réponse a été affirmative. Aussi ont-ils travaillé courageusement afin de se préparer à subir les épreuves avec succès.

Lorsque le registre pour l'inscription des candidats a été ouvert, il s'est passé un fait absolument bizarre : on a refusé l'inscription de deux internes provisoires ayant dépassé la limite d'âge, et on en a inscrit trois autres. Puis, nouveau revirement, deux de ces derniers ont été finalement exclus et un seul conservé ! !

Nous cherchons en vain les raisons qui ont pu conduire l'Administration à agir de la sorte; la seule que nous ayons trouvée est si peu chevaleresque que nous l'écartons. En revanche, nous voyons très bien celles qui font un devoir à M. le Préfet de la Seine, le chef immédiat de M. le Directeur de l'Assistance publique, d'intervenir auprès de M. Fallières, ministre de l'intérieur, afin que les internes provisoires âgés de plus de 28 ans, soient autorisés à concourir, au moins cette année. Ces raisons les voici :

1° L'origine de l'arrêté concernant la limite d'âge est tellement honteuse que son auteur, ainsi que nous en

(1) Nous n'avons pu retrouver le texte de cet arrêté ; il paraît que tous les documents officiels de cette époque ont été brûlés et à l'Hôtel de Ville et à l'Assistance publique. M. le Directeur de l'Assistance serait fort embarrassé, si les intéressés lui *demandaient humblement de leur mettre sous les yeux le texte original ou imprimé de cet arrêté.*

(1) M. Bellanger a été reçu licencié en droit avant de commencer ses études médicales ; il était interne provisoire.

(2) M. Souza-Leite, ancien élève de M. Charcot à La Salpêtrière, a publié plusieurs mémoires soit ici, soit dans les *Archives de Neurologie*. Il a été nommé interne des asiles de la Seine au dernier concours.

avons fourni la preuve, ne s'y est pas conformé lui-même, et que depuis lors jusqu'à aujourd'hui, il s'était établi une tradition en vertu de laquelle tous les internes provisoires ayant dépassé la limite d'âge étaient admis à concourir.

2° Forts de cette tradition et confiants dans des renseignements donnés par un employé, que les internes provisoires étaient en droit de considérer comme autorisé, ils ont passé toute l'année à préparer le concours, ainsi que l'a fait remarquer avec juste raison notre collaborateur dans le n° du 24 septembre ; ils se sont astreints à un travail pénible, dans l'espérance que, plus heureux qu'au dernier concours, le succès viendrait cette fois couronner leurs efforts.

3° Si l'Administration était décidée à appliquer le déplorable article de son réglement, elle avait l'obligation morale de l'annoncer à l'issue du concours qui s'est terminé à la fin de janvier 1887. Les internes provisoires touchés par la limite d'âge, auraient su à quoi s'en tenir : Au lieu de préparer de nouveau le concours de l'internat, ils auraient préparé et subi leurs examens, fait et soutenu leur thèse : ils seraient aujourd'hui docteurs et établis. La mesure tardive et inattendue prise par l'Administration a fait perdre aux candidats évincés les fruits d'une année de travail et rendu inutiles les sacrifices que se sont imposés leurs familles pour prolonger leur séjour à Paris.

4° En admettant que l'article fixant la limite d'âge à 28 ans soit utile, ce que nous contestons, la loi qui impose aux étudiants français le service du volontariat, pendant une année, aurait dû amener l'Administration à reculer la limite d'âge d'un an. Telle qu'elle est, la limite d'âge favorise les étudiants étrangers au détriment des étudiants français.

Nous sommes convaincus que toutes ces raisons n'ont pas été exposées à M. le Directeur de l'Assistance publique. Connaissant ses sentiments d'équité, son amour de la justice, ses convictions républicaines, nous sommes persuadé qu'il les aurait appréciées à leur juste valeur et qu'il aurait conservé une tradition libérale dont personne, nous le répétons, ne se plaignait. Aujourd'hui les circonstances veulent que nous soumettions les réflexions que nous venons de développer à ses supérieurs, à M. le préfet de la Seine et à M. le ministre de l'intérieur. Nous le faisons avec confiance et nous espérons qu'ils donneront les ordres nécessaires pour que tous les internes provisoires, ayant dépassé la limite d'âge, prennent part au concours qui va s'ouvrir dans quelques jours. Et ce sera justice ! BOURNEVILLE.

La limite d'âge pour le concours de l'Internat.

Le règlement de l'Assistance publique, dit le *Concours médical* (1er oct.), porte que, pour se présenter à ce concours, il ne faut pas avoir 28 ans au jour de l'ouverture. Mais ce règlement est tombé depuis longtemps en désuétude, et voici pourquoi. Lorsqu'on a nommé interne provisoire un candidat de 27 ans et qu'on lui a fait faire pendant une année les fonctions désagréables qui consistent à déménager plusieurs fois dans l'année d'hôpital en hôpital, pour y faire des remplacements, on s'engage tacitement à lui accorder comme dédommagement le droit de gagner dans le concours suivant son brevet définitif. Aussi, bien des fois, depuis quelques années a-t-on vu des internes provisoires nommés titulaires à 29 ans et l'internat ne s'en portait pas plus mal.

Cette année l'Administration a jugé à propos de revenir à l'application stricte du règlement, mais c'est à la veille seulement du concours qu'elle a manifesté sa résolution. Cette surprise n'est pas juste et nous nous associons aux protestations du *Progrès médical*. Que l'Administration prévienne les concurrents de son intention d'appliquer rigoureusement la limite d'âge pour l'année prochaine, soit. Mais les provisoires qui ont sacrifié cette année leur temps au service des hôpitaux, doivent encore cette fois bénéficier d'une tolérance depuis si longtemps passée dans les usages.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE VIENNE.

Séance générale d'ouverture (1).

(1re *journée*, lundi 26 septembre 1887).

Voici le discours qu'a prononcé M. Brouardel dans cette séance d'ouverture :

Des modes de propagation de la fièvre typhoïde;

par P. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

En choisissant pour sujet de la conférence que Messieurs les organisateurs du Congrès m'avaient invité à faire devant vous, *Des conditions de propagation de la fièvre typhoïde*, mon but a été de vous exposer les récentes conquêtes faites par la science sur cette question d'hygiène, de vous montrer quelles sont leurs conséquences. Je serais heureux si je parvenais à vous convaincre qu'il est désormais facile, non pas peut-être de faire disparaître les épidémies de fièvre typhoïde, mais de les rendre très rares et d'atténuer dans une large mesure le tribut que les nations payent à ce fléau, tribut bien plus lourd que celui qu'elles payent aux épidémies qui les terrifient, mais qui, transitoires, passent comme une tempête ; la fièvre typhoïde, elle, fauche chaque jour, dans tous les pays, un certain nombre de victimes et règne constamment.

S'il me fallait rendre justice à tous ceux qui ont cherché à élucider ce problème, le temps assigné à la conférence ne suffirait pas. Ce n'est pas par ingratitude, mais par impossibilité que je passerai leurs noms sous silence. Je veux vous démontrer que les moyens de propagation sont : l'eau que l'on boit, l'air que l'on respire, les vêtements souillés, les mains de gardes-malades. Ce n'est pas que ces moyens de propagation n'aient été dès longtemps discutés ; vous les trouverez indiqués dans Hippocrate, Van Swieten et tous les ouvrages des grands épidémiologistes des derniers siècles ; mais c'étaient des théories, des hypothèses contestables, aujourd'hui il est possible, si je ne me trompe, d'assigner à chacun de ces agents la part qui lui revient.

Je prends la question au point où l'avait laissée le savant rapport de notre collègue, M. Arnould, au Congrès de Genève en 1882. Budd et Murchison avaient montré, en dépouillant les relations antérieures d'un grand nombre d'épidémies, que leur cause était la contamination de l'air et surtout de l'eau potable par les matières fécales ou les produits de putréfaction. Suivant Murchison, la putridité était suffisante pour engendrer la fièvre typhoïde ; suivant Budd, la matière en putréfaction était l'excipient, elle n'était capable de donner la fièvre typhoïde que si les déjections d'un premier malade l'avaient ensemencée. Pour faire de la fièvre typhoïde, disait Budd, il faut de la fièvre typhoïde.

Si on résume l'opinion médicale régnant alors, on peut dire : les matières fécales sont suspectes pour tous les épidémiologistes ; pour quelqes-uns, elles ne sont capables de créer un foyer épidémique que lorsqu'elles sortent de l'intestin d'un typhique. Une fois déposées dans un fumier ou sur la terre, comment pénètrent-elles dans le corps des individus qui vont être frappés ? Par l'air, par l'eau, par émanations telluriques, par contact ? Ici les dissidences étaient absolues, il y a encore 5 ans. Voyons quel est le terrain conquis par la science et qui doit être mis en rapport par les hygiénistes.

Nous étudierons successivement les divers modes de propagation que nous avons indiqués plus haut.

I. PROPAGATION DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR L'EAU.

(a) *Preuves tirées de l'observation de la propagation de l'épidémie.* — Tant que les médecins n'apporteront comme preuve que des faits analogues à ceux-ci ; un individu atteint de fièvre typhoïde arrive dans une ville ou un village alors indemne de toute maladie épidémique, les déjections sont jetées dans une fosse qui communique avec le puits, les linges souillés sont blanchis dans un lavoir dont l'eau est ensuite utilisée pour boisson, et beaucoup d'autres observations presque identiques, la genèse de l'épidémie fut contestée. Beaucoup ne voulurent voir qu'une simple coïncidence, mais se refusèrent à y voir une preuve de ce mode d'infection. Pourtant les coïncidences se multiplièrent singulièrement, je possède actuellement plus de 60 relations d'épidémies attribuées à l'usage d'eau potable, quelques épidémies restaient inexpliquées si on récusait ce mode de transmission, les adversaires ne se rendaient pas. Il a fallu que la technique bactériologique se perfectionnât assez pour apporter la preuve figurée de l'agent propaga-

(1) Voir dans le n° 40 du *Progrès médical*, p. 262, la lettre de notre correspondant au sujet de la séance d'ouverture du Congrès.

teur, pour que le groupe des incrédules subit une énorme réduction; je crois que dans peu d'années leur nombre sera insignifiant.

Mais avant de fournir cette preuve, je voudrais mettre sous vos yeux quelques tableaux mettant en évidence cette influence de l'eau souillée. Je ne les emprunte pas aux récits des épidémies que vous connaissez tous, mais à ceux, très circonstanciés qui, par quelques points secondaires en apparence, sont plus capables d'éclairer le problème dont nous discutons la solution.

Prenons d'abord l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Genève en 1884; la relation très détaillée en a été donnée par M. le Dr Dunant. (*Revue médicale* de la Suisse Romande, Genève, 1887, p. 378). Par les soins de M. Dunant, chaque confrère reçut directement, dès le début de l'épidémie, un carnet sur lequel il inscrivait le domicile du malade, la date du début et sa cause probable. Tous ont répondu (1). La ville de Genève ayant résolu d'utiliser la force motrice du Rhône, il fut décidé que le bras gauche du Rhône serait mis à sec, au mois de mars 1884. Pour cela on établit un barrage en amont du pont de la machine; ce barrage commencé en janvier et février fut terminé le 2 mars.

Les prises d'eau de la machine hydraulique furent portées de A en B et de A' en B'. Dès les premiers jours de février, l'eau du lac, après avoir touché le quai de la rive gauche, fut donc refoulée par le barrage vers les nouvelles bouches B et B' Malheureusement, le 28 janvier, on dragua le port des eaux vives, dans lequel débouchent plusieurs égouts. 18 ou 20 jours après, l'épidémie éclatait; le dragage cessa le 4 mars, l'épidémie commença à décroître 15 jours plus tard. Or, on sait que la période d'incubation de la fièvre typhoïde est de 12 à 16 jours environ. Dans les derniers mois de 1883, il y avait eu, dans le quartier des Eaux-Vives, au moins 7 cas de fièvre typhoïde dans les maisons reliées à l'égout. La preuve expérimentale de la souillure de cette eau fut fournie par des analyses chimiques faites par M. Ador, et microbiologiques faites par MM. Fol et Dunant; mais on n'y découvrit pas le bacille d'Eberth, Gaffky et Cornil. Du 15 au 23 février, l'extrémité de l'égout de la rive gauche, qui se déversait dans le bras gauche du Rhône, fut reportée au-dessus du barrage près des prises d'eau; cet égout ne fut capté que le 23 février. Parmi les habitants dont les maisons étaient reliées à cet égout, 5 étaient atteints de fièvre typhoïde au milieu de février. Ajoutons avec M. Dunant que l'eau du lac était exceptionnellement basse, que la direction du vent portait le courant pollué vers les bouches, etc. Mais ce sont là des circonstances secondaires. Le 30 août, une conduite unique fut placée jusqu'au point C, dans le lac, et servit seule à l'alimentation de la machine hydraulique. 18 jours plus tard l'épidémie s'éteignait, il n'y avait plus que quelques cas secondaires.

Voyons maintenant quelle fut la répartition de l'épidémie dans la ville et les communes rurales. Dans les quartiers alimentés par l'eau de la machine, 72 0/0 des maisons sont pourvues de cette eau, 47 0/0 des maisons ont été atteintes. Les autres quartiers ou communes de l'agglomération, non alimentés par l'eau de la machine, ont donné 117 cas de fièvre typhoïde parmi lesquels 2 ont été contractés à l'étranger, 3 ont eu une origine locale, 88 se rattachent à l'épidémie (personnes arrivant malades des autres quartiers, personnes couchant à la campagne, travaillant en ville). Pour les 24 autres, les renseignements font défaut. Dans les quartiers alimentés par la machine hydraulique dite de St-Jean 1000 habitants, 3 malades. Les quartiers alimentés par l'eau de l'Arve furent presque indemnes. Analysant chacun des cas, M. Dunant conclut ainsi : En résumé, en 1884, il n'y eut pas un seul cas de maladie attribuable à l'eau de l'Arve. Ainsi, les recrudescences et les atténuations de l'épidémie varient avec les circonstances qui favorisent ou diminuent la pollution de l'eau distribuée en ville. L'épidémie règne dans les quartiers alimentés par l'eau de la machine, elle ne fait que quelques rares victimes là où l'eau ne pénètre pas et chez des personnes qui avaient bu dans les quartiers atteints.

En septembre 1886, une épidémie de fièvre typhoïde éclate à Clermont-Ferrand, brusquement, disséminée dans toute la ville, frappant la population civile et militaire; puis l'épidémie subit une décroissance très nette en octobre, mais reparait plus violente en novembre et décembre. Dans un rayon de deux ou trois kilomètres, Clermont est entouré de plusieurs petites villes: Mont-Ferrand, Royat, Chamalières. Une seule de ces villes subit l'épreuve d'une véritable épidémie de fièvre typhoïde, celle-ci débute en même temps que celle de Clermont, offre le même temps d'arrêt en octobre, reparait plus violente en novembre et décembre, c'est Mont-Ferrand. Mais c'est aussi Mont-Ferrand qui seule est alimentée par la même source que Clermont; à Royat et à Chamalières les malades atteints étaient venus travailler à Clermont et y avaient contracté les germes de la fièvre typhoïde, mais Royat et Chamalières sont alimentés d'eau par des sources spéciales n'ayant aucun rapport avec l'eau d'alimentation de Clermont et de Mont-Ferrand. A Clermont même, un couvent possède une source spéciale; toutes les personnes y demeurant sont indemnes. Une seule est atteinte; elle était allée passer une journée en ville, chez ses parents. Dix jours plus tard, elle était alitée.

A Paris, l'eau distribuée aux habitants a plusieurs origines : la Dhuys et la Vanne donnent de l'eau excellente, bien captée; malheureusement la Marne, la Seine, le canal de l'Ourcq suppléent à certains moments à l'insuffisance de l'eau des sources. Or, les rivières et le canal sont pollués avant leur entrée dans Paris, par les déjections des riverains et des mariniers. Il y a donc une différence notable entre la salubrité de ces eaux, d'origine différente. Voyons les conséquences de l'usage de ces eaux diverses au point de vue de la propagation de la fièvre typhoïde. Le service des eaux publie un avis officiel lorsqu'une circonscription de la capitale doit ne plus recevoir de l'eau de la Dhuys ou de la Vanne. Les tracés reproduits ici sont suffisamment éloquents. En 1886, on est obligé de suppléer à l'insuffisance des eaux de source vers le 20 juillet. Pendant la semaine du 18 au 24, il entrait 40 personnes dans les hôpitaux, atteintes de fièvre typhoïde; du 1er au 7 août, il en entre 150. On cesse la distribution le 7 août; du 15 au 21, il n'entre plus dans les hôpitaux que 80 malades. En 1887, le 27 janvier, on distribue de l'eau de Seine et de l'Ourcq; du 13 au 19 février, les hôpitaux reçoivent 80 malades. On distribue de nouveau de l'eau de rivière à partir du 12 juin et la distribution continue pendant les mois de juillet et août; à cette époque, les entrées montent à 154 en quelque temps. Au lieu de prendre l'ensemble de la population, veut-on voir l'influence des eaux de distribution sur un groupe de population ayant les mêmes habitudes, la même vie. M. le Dr Régnier s'est chargé de fournir la preuve de cette influence. Les sapeurs pompiers sont répartis à Paris dans diverses casernes; il a noté le nombre des cas de fièvre typhoïde en indiquant l'origine de l'eau d'alimentation. On voit, en 1882, une caserne neuve, bien construite comme celle de Chateau-Landon, donner un pourcentage de morbidité de 17 0/0. Les soldats buvaient de l'eau de Marne non filtrée A la vieille caserne de Jean-Jacques Rousseau, les pompiers buvaient de l'eau de Vanne, la morbidité fut de 7.10 0/0. En 1886, on a substitué à l'eau de la Marne, dans la caserne Château-Landon, l'eau de la Dhuys; la morbidité par fièvre typhoïde tombe à 2 0/0. Deux seules casernes payent encore un large tribut à la fièvre typhoïde : ce sont celles qui reçoivent l'eau de la Seine.

Je ne vous parlerai pas des épidémies connues de Chaumont, d'Auxerre, de Pierrefonds, de Joigny. Je demande seulement s'il n'est pas permis de conclure que ces faits, si nettement observés par des médecins placés vis-à-vis les uns des autres dans des conditions d'isolement, d'indépendance absolue, ne sont pas de nature, même en l'absence de toute autre preuve, à faire la conviction et à permettre de conclure que l'eau a été, dans ces cas, le véhicule de l'agent infectieux? Cette preuve, nous la possédons, et malgré certaines réserves faites par des auteurs éminents, je la crois formelle; elle confirme absolument les conclusions logiques que l'on est en droit de tirer des faits précédents.

b) Preuves tirées de l'examen microbiologique. — Après les travaux de Davaine, Pasteur, Koch, tous les médecins au courant de la science furent convaincus que la fièvre typhoïde était une maladie parasitaire. Chacun se mit à l'œuvre avec des succès divers. Après des tatonnements dus à l'insuffisance de la technique et des erreurs inévitables aux débuts d'une science nouvelle, Eberth décrivtt le bacille typhique; il l'avait trouvé dans les organes les plus habituellement atteints. Koch, Gaffky, Cornil et Babès confirmerent la valeur de ces recherches.

Dès qu'il fut bien établi que les organes des typhiques contenaient des bacilles d'Eberth et que l'on n'en trouvait jamais chez les individus qui n'avaient pas la fièvre typhoïde, on voulut prouver le mode de propagation de la maladie. L'expérience avait appris que les matières fécales étaient l'agent de transmission de cette affection, mais les discussions engagées étaient loin d'avoir suffisamment éclairé le problème. Si l'on veut s'en convaincre, que l'on relise l'excellent article de notre collègue M. Arnould, publié dans le recueil des travaux du congrès de Genève en 1882.

*

(1) Répartition des cas suivant le temps :

1884.	Janvier	18	malades	0	morts.
	Février	83	»	5	»
	Mars	965	»	54	»
	Avril	320	»	13	»
	Mai	263	»	23	»
	Juin	472	»	45	»
	Juillet	318	»	21	»
	Août	204	»	20	»
	Septembre	79	»	6	»
	Octobre	29	»	1	»
	Novembre	36	»	1	»
	Décembre	14	»	1	»
Mortalité 7·6°/o.		250		190	

Les microbiologistes se livrèrent avec ardeur à la recherche du bacille typhique dans les déjections des malades. Cinq ans seulement après qu'Eberth l'avait trouvé dans les organes, en 1885, Pfeiffer parvient à isoler le bacille sur des plaques de gélatine pendant une épidémie survenue à Wiesbaden. Pourquoi cinq années de recherches pendant lesquelles les résultats furent négatifs? Uniquement parce qu'il se trouvait une lacune dans la technique, parce que les selles contiennent un grand nombre de micro-organismes ayant la propriété de liquéfier la gélatine. Dès le deuxième ou troisième jour, cette liquéfaction empêche de se livrer à la recherche des bacilles qui, comme celui de la fièvre typhoïde, évoluent lentement. Une petite modification dans la technique fit que des résultats presque constamment heureux remplacèrent les résultats négatifs. Il suffit, en effet, d'ajouter quelques gouttes d'acide phénique aux tubes de gélatine pour empêcher le développement des colonies de micro-organismes qui la liquéfient. Cet antiseptique enraye leur culture. Il est possible alors d'attendre le développement plus lent des colonies de bacilles typhiques et d'obtenir par le microscope, par la bactériologie, la confirmation des opinions formulées par tant d'observateurs. Le bacille conserve toute sa vitalité dans les déjections typhiques; le premier devoir de l'hygiéniste est d'empêcher celles-ci de propager la maladie en se répandant dans l'atmosphère, en s'infiltrant dans les eaux que l'on boit. Les recherches de Bouchard, qui datent du Congrès de Londres, de Seitz, montrent que dans des conditions spéciales, quand le rein est malade, le bacille typhique peut s'éliminer par les urines, et que, dans ces conditions, celles-ci sont également suspectes.

Nous savons donc : 1° Que le bacille d'Eberth est la caractéristique microbiologique de l'infection typhoïde; 2° Que ce bacille se retrouve à une certaine période dans les matières fécales des individus atteints et, dans des conditions spéciales, dans leurs urines; ces faits ne sauraient plus être contestés.

Pouvons-nous tirer une nouvelle conclusion, et dire : l'eau transporte ces germes pathogènes et peut servir à la propagation de la maladie? L'expérience des épidémiologistes de ce siècle nous a appris qu'il y a entre les épidémies de fièvre typhoïde et la souillure des eaux qui servent à l'alimentation, une étrange coïncidence. La recherche bactériologique nous permet-elle d'aller plus loin? En 1886, Michael et Mœrs constataient la présence du bacille typhique dans l'eau qui servait à l'alimentation d'un groupe de personnes dont quelques-unes étaient atteintes de fièvre typhoïde. En 1886 également, MM. Chantemesse et Widal retrouvaient ce bacille dans l'eau d'une fontaine servant à l'alimentation d'une famille composée de sept personnes sur lesquelles cinq avaient la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse l'a mis en évidence à Pierrefonds, à Clermont-Ferrand, il en a été de même dans un certain nombre d'épidémies de fièvre typhoïde dont la relation n'a pas encore été publiée. L'identité de ce bacille cultivé, ensemencé par MM. Chantemesse et Widal, avec celui de la fièvre typhoïde ne saurait être mise en doute. Ils ont ponctionné avec un trocard stérilisé la rate des malades atteints de fièvre typhoïde, ils ont cultivé pareillement les microbes ainsi recueillis et ceux trouvés dans l'eau mise en expérience; le développement des colonies, les caractères morphologiques et biologiques, le mode de culture, la sporulation et la coloration se sont montrés identiques. Le 4 juin 1887, le Dr Beumer, de Greifswald, communiquait des observations analogues, faites à l'occasion d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à Wacheron. Cette confirmation des résultats obtenus en France nous a été particulièrement précieuse : évidemment le Dr Beumer ignorait nos recherches car il ne les cite pas, il n'a donc pu être influencé par l'opinion de ses devanciers. Il y a quelques mois, nous avions cru pouvoir conclure de ces diverses enquêtes que la valeur pathogène du bacille d'Eberth était hors de contestation, qu'une partie du problème hygiénique de la préservation des populations était élucidée. Cette conclusion n'a pas été acceptée par tous les auteurs, et il nous reste à présenter les objections qui ont été opposées à notre opinion. Les uns affirment que l'eau telle qu'elle se présente dans la nature, et fût-elle riche en matières organiques, est un milieu antipathique aux bactéries pathogènes. Cette assertion est inexacte, MM. Chantemesse et Widal ont ensemencé comparativement avec des bacilles typhiques des tubes contenant, les uns du bouillon peptone, les autres de l'eau de l'Ourcq stérilisée. Les tubes conservés pendant trois mois à la température de la chambre ont donné, par ensemencement, des colonies typhiques. Wolffhügel et Riedel ont constaté que dans les eaux de toute provenance, celles des pompes, des sources, etc., filtrées ou non filtrées à travers la porcelaine, intactes ou mêlées à de l'eau distillée, les bactéries pathogènes les plus importantes, microbes de la fièvre typhoïde, du charbon, du choléra, subissaient une multiplication analogue.

Le Dr Thoinot a communiqué à l'Académie de médecine les résultats de l'examen bactériologique des eaux de la Seine prises au-dessus de Paris, il a pu y trouver des bacilles de fièvre typhoïde. La question est donc résolue, les bacilles de la fièvre typhoïde peuvent se développer et vivre dans l'eau qui sert à l'alimentation. Certainement les conditions de pureté chimique, de renouvellement ou de stagnation ont une grande influence sur la pullulation des germes, mais aucune des eaux examinées n'est susceptible de résister à un ensemencement de bacilles typhiques. La grosse objection, celle à laquelle on se heurte constamment dans ces enquêtes et que quelques médecins répètent volontiers, est celle-ci : « Ce n'est pas l'eau qui a répandu l'épidémie, car moi, ma famille, mes enfants, en avons bu, nous continuons à en boire et nous n'avons pas la fièvre typhoïde. » L'analyse des faits observés permet de répondre à quelques-unes des questions que soulève cette objection. Les personnes exposées peuvent avoir acquis une immunité personnelle par une maladie antérieure de même nature. Il y a là une sorte de vaccination, d'innocuité acquise.

Ainsi, à Pierrefonds, trois familles furent atteintes. Elles comprenaient 24 personnes, 20 furent frappées; sur les 4 personnes indemnes, trois n'ont bu de l'eau de Pierrefonds qu'un seul jour. Ces dernières ont-elles été préservées parce que l'eau bue les 6 et 25 septembre ne contenaient pas de germes, ou parce que l'infection ne se produit que si on ingère un certain nombre de ces germes, ou bien encore parce que ces personnes avaient eu antérieurement des accidents de même nature, méconnus, mais capables de leur conférer l'immunité? C'est ce que l'on ne saurait dire. Mais peut-on affirmer que cette immunité ne soit acquise que lorsqu'on a eu une fièvre typhoïde nette, classique? Cela nous semble douteux.

Tous les membres de la famille F... (huit personnes) sont tombés malades du 25 au 28 septembre. Voyons comment chacun a subi l'épreuve. Quatre d'entre eux avaient eu la fièvre typhoïde antérieurement; eux seuls ne sont pas morts. Le père, 57 ans, avait eu une fièvre typhoïde grave à 18 ans; la nouvelle atteinte a été assez bénigne. La mère, 51 ans, avait eu une fièvre typhoïde extrêmement grave à 18 ans; la nouvelle atteinte fut bénigne, il n'y eut pas de taches rosées lenticulaires. Une des filles, Mlle Marguerite, 26 ans, avait eu une fièvre typhoïde grave trois ans auparavant; elle eut pendant quelques jours des accès de fièvre survenant le soir et accompagnés de torticolis. La femme de chambre, 25 ans, avait eu la fièvre typhoïde cinq ans auparavant; elle eut une nouvelle atteinte peu grave. La préservation semble avoir été d'autant plus grande que la fièvre typhoïde antérieure était plus récente. Les quatre autres personnes succombèrent : deux le onzième jour, une le treizième, et une le dix-septième de la maladie.

Dans la famille P..., composée de neuf personnes, sept ont été atteintes à des degrés très divers. Le commandant P... ne croit pas qu'aucune d'elles ait eu antérieurement une fièvre typhoïde ou muqueuse; Mme P..., 38 ans, a été vingt et un jours malade, assez sérieusement, sans que le Dr Pénard, qui l'a soignée à Versailles, ait cru devoir prononcer le nom de fièvre typhoïde. Sa fille aînée, Mlle Marthe, 14 ans, a été également malade pendant vingt et un jours; comme pour sa mère, M. le Dr Pénard n'a pas cru devoir déclarer qu'elle était atteinte de fièvre typhoïde. Son frère Pierre, 12 ans et demi, a eu au contraire une fièvre typhoïde grave avec délire, température élevée, etc. Les deux autres fils, Henri, âgé de 11 ans, Robert, âgé de 9 ans, ont dû s'aliter pendant dix ou douze jours, et sont restés quinze jours sans appétit; M. le Dr Pénard désigne leur affection sous le nom d'embarras gastrique. Enfin la dernière petite fille, âgée de 8 ans, a été alitée pendant douze jours; elle a eu de violents accès de fièvre; elle s'est rapidement rétablie. La femme de chambre, Henriette L..., âgée de 23 ans, tombée malade le 10 septembre, a été alitée avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation; si son état ne mérite pas le nom de fièvre typhoïde, d'après M. le Dr Pénard, il faut dire au moins, suivant lui, que cette jeune femme avait une affection d'aspect typhique. La cuisinière, femme L..., âgée de 35 ans, n'a pas été malade, ainsi que nous l'avons dit.

Dans la famille V..., composée de sept personnes, nous en trouvons deux indemnes, le capitaine et sa belle-mère. Nous avons dit plus haut qu'ils n'avaient bu qu'un jour de l'eau de la fontaine Caron. Mme V..., 36 ans, a eu une fièvre typhoïde grave qui a duré deux mois; une phlébite est survenue pendant la convalescence. Sa fille, 11 ans, a eu une fièvre typhoïde assez grave. Les deux petits garçons, âgés de 9 et de 6 ans, ont eu des accidents analogues, mais de moindre durée et de moindre gravité. La domestique, 17 ans et demi, a eu une fièvre typhoïde grave qui l'a retenue deux mois à l'hôpital. Quelque diverses qu'aient été les manifestations de la maladie chez ces différentes personnes, il est incontestable qu'elles ont été soumises à une même influence pathogène, que la nature de ces affections, variée en apparence, est identique en réalité.

Il y a dans l'échelle de gravité de ces maladies une variété infinie que nous pouvons comparer à ce que nous savons de la variole. Entre la variole confluente la plus grave et la varioloïde qui se caractérise par trois ou quatre boutons, quelle que soit la différence apparente, il y a identité de nature. « Peut-être, disait Le-

rain (1), y a-t-il une typhoïdette comme il y a une varioloïde; rien ne s'oppose à admettre cette hypothèse, mais c'est une hypothèse. » Ce que Lorain considérait comme une hypothèse me semble aujourd'hui absolument démontré, et je demande que l'on admette dans la nosologie ce terme de *typhoïdette* qui a le grand avantage de rappeler, plus que les dénominations actuellement usitées, les rapports d'origine de quelques-uns de ces états gastro-intestinaux. L'expression pathologique de l'infection s'est donc traduite chez ces vingt malades tantôt par la fièvre typhoïde la plus grave, tantôt par des états typhiques, tantôt par des embarras gastriques plus ou moins prolongés, tantôt par des véritables accès de fièvre assez intenses. Si ces états morbides n'avaient pas éclaté dans un même foyer, leur valeur nosologique aurait certainement été méconnue. Ce n'est pas le lieu de rechercher pourquoi les membres d'un groupe de personnes, soumises à une même influence morbide, présentent des formes si variées de la même maladie. Nous savons depuis de longues années que la réceptivité morbide est personnelle à chacun de nous suivant son âge, suivant son état de santé antérieur ou actuel. Nous avons appris plus récemment que la dose des virus ingérés ou inoculés a une influence sur l'intensité des manifestations morbides qui résultent de leur absorption; peut-être aussi, puisque les germes morbides vivent dans l'eau pendant un certain temps, puis en disparaissent, ont-ils une activité virulente variable avec l'âge de la colonie. Toutes ces questions nous entraîneraient trop loin. Ce que nous voulons bien mettre en évidence, c'est le point suivant. Sur vingt-quatre personnes, vingt ont été frappées. Sur celles-ci quatre sont mortes; six ont guéri, mais ont eu une fièvre typhoïde bien caractérisée; six autres ont eu des états fébriles typhiques, deux autres des affections courtes, dites embarras gastriques, bénignes en apparence; deux enfin des accès de fièvre assez violents. Le caractère de ces diverses manifestations ne prend sa signification vraie que parce qu'elles se sont développées simultanément et dans un même milieu. Ces formes diminuées de l'infection typhoïde confèrent-elles, comme la fièvre typhoïde elle-même, une immunité relative devant une nouvelle infection typhoïde? La typhoïdette préserve-t-elle de la fièvre typhoïde, comme la varioloïde de la variole? Cela me semble extrêmement probable, et c'est vraisemblablement à une infection antérieure analogue, dont la nature a été méconnue, que l'on peut rapporter l'immunité relative dont jouissent les habitants de ces régions si souvent visitées par la fièvre typhoïde. Et, comme d'autre part, le peu de gravité de ces accidents en cache souvent la nature, lorsque l'on recherche dans les antécédents s'il y a eu une affection typhoïde, on ne peut la découvrir, elle est restée ignorée des malades et des médecins.

Je suis donc porté à penser que si quelques personnes jouissent, comme pour la variole, d'une immunité personnelle innée, d'autres, en beaucoup plus grand nombre, trouvent pour l'avenir, dans l'existence antérieure de ces formes atténuées de l'infection typhoïde, une immunité plus ou moins complète et plus ou moins prolongée.

Les autres objections sont celles-ci : Un grand nombre d'auteurs ont inutilement cherché des bacilles dans l'eau pendant des épidémies de fièvre typhoïde, ils n'en ont pas trouvé. Ces échecs [illegible] s'expliquent facilement. La technique appropriée à cette recherche n'est véritablement bien connue que depuis une année, [illegible] il est possible que l'examen de l'eau ait été fait dans quelque cas à une période trop éloignée du moment où celle-ci avait été [illegible]. Une dernière objection m'a toujours un peu étonné. On nous dit : vous n'avez cherché le bacille dans l'eau qu'alors que les fièvres typhoïdes existaient ou avaient existé, la présence de ce [illegible] ne prouve pas que ce soit lui qui ait donné la maladie, c'est un résultat et non une cause. Il est évident que dans l'immense majorité des cas, le bactériologiste interviendra alors que l'épidémie règne ou a régné, il faut un singulier hasard pour qu'il en soit autrement. Cependant, l'épreuve faite par M. Thoinot, dans les eaux de la Seine, semble prouver que si, en amont de la ville on trouve le bacille dans l'eau, ce ne sont pas les fièvres typhoïdes de Paris qui ont pu ensemencer la Seine à Choisy, mais les eaux de la Seine qui ont pu donner la fièvre typhoïde à Paris. En résumé, l'observation directe, les recherches bactériologiques sont en parfait accord. L'eau peut être l'agent de propagation de la fièvre typhoïde. Le caractère des épidémies qui ont une origine [illegible] sont la dissémination de l'affection dans le groupe qui s'alimente à une même prise d'eau, puits, fontaine, etc., et la presque simultanéité d'explosion de la maladie dans le groupe atteint. Nous ne retrouvons pas ce même caractère dans les autres modes de propagation de la maladie.

II. Propagation par l'air.

La possibilité de la propagation de la fièvre typhoïde par l'eau n'exclut pas la possibilité de sa propagation par l'air; nous pouvons en citer des exemples incontestables; il sera facile de voir dans quelles couches restreintes s'exerce l'infection qui a cette origine. En lisant ces observations, j'appellerai de plus votre attention sur une circonstance particulière, c'est que dans les cas suffisamment nets, cités jusqu'à ce jour, il semble que les germes de fièvre typhoïde ont eu pour véhicule de l'air humide.

Mon collègue, le professeur Bouchard, en a rapporté quelques-uns le 12 septembre 1877, au Congrès médical international de Genève. Gielt raconte qu'un homme ayant contracté à Ulm le germe du typhus abdominal, revient dans son village, où la maladie ne s'était pas montrée depuis de longues années : l'affection se développe chez lui et parcourt ses périodes. Les déjections du malade sont jetées sur un fumier. Au bout de quelques semaines, cinq hommes sont employés à enlever ce fumier; sur les cinq, quatre sont atteints de fièvre typhoïde; le cinquième présente un catarrhe intestinal avec tuméfaction de la rate. Les déjections de ces nouveaux malades sont enfouies sous un autre fumier, qui n'est enlevé qu'après neuf mois. Deux hommes ont été employés à ce travail; l'un d'eux contracte la fièvre typhoïde et meurt. Budd rapporte une observation non moins démonstrative; elle a pris rang dans la science sous le nom d'épidémie du couvent du Bon-Pasteur. Un vice de construction des conduits de vidange avait produit depuis longtemps déjà des infiltrations très étendues; la fièvre typhoïde n'existait cependant pas dans la maison. Elle y fut importée par une pensionnaire venue du dehors; le mal n'atteignit pas plus les personnes qui avaient eu des rapports avec cette malade; la contagion s'opéra immédiatement par les émanations du foyer souterrain, qui, innocentes jusqu'à ce jour, deviennent contaminantes après l'introduction des déjections spécifiques. Il fut reconnu après l'épidémie qu'aucune communication ne s'était établie entre les conduits obstrués et rompus et les réservoirs d'eau potable.

Liebermeister rapporte que, dans l'hôpital de Bâle, se développaient des cas internes de fièvre typhoïde chez des serviteurs ou chez les malades qui n'avaient pu avoir aucune relation directe avec les salles des fiévreux. Cela s'était observé en particulier dans les divisions des varioleux et des syphilitiques, et spécialement dans deux salles situées l'une au-dessus de l'autre à des étages différents. On reconnut que ces salles étaient longées par un tuyau en bois qui conduisait au-dessus du toit les gaz de la fosse, et que des fissures de ce tuyau laissaient se dégager des émanations dans ces salles. Si ce dernier fait peut être également revendiqué par les partisans de l'infection, les deux précédents, que nous avons pris au hasard parmi beaucoup d'autres, témoignent sans conteste en faveur de la contagion médiate *par l'air*.

Nous résumons d'après Murchison le cas suivant, dans lequel la propagation de la fièvre typhoïde a eu pour origine les émanations d'un égout. (*La fièvre typhoïde*, par Ch. Murchison.— Traduction française, Paris, 1878, p. 73). « Il y a quelques années, une grave épidémie de fièvre typhoïde éclata dans l'école des garçons attachée à la maison de charité de Colchester. Sur 58 élèves environ, 28 furent atteints. Mais les premiers cas, et en même temps les plus graves, atteignirent les enfants qui occupaient dans la classe les bancs placés sur le trajet d'un courant d'air qui avait lieu entre l'égout ouvert dans le couloir, la porte et le feu qui, à cette époque, était allumé tous les jours. En effet, l'égout fut fermé et la fièvre disparut promptement. Toute possibilité d'importation parut devoir être exclue, quoique ce point fût soigneusement étudié. Aucun autre cas de fièvre ne fut remarqué dans le reste de la maison de la charité, ni avant ni après. Les élèves qui furent atteints les premiers étaient dans la maison depuis des années et depuis longtemps n'avaient eu un seul jour de sortie. L'établissement était situé en dehors de la ville et les égouts communiquaient seulement avec ceux de deux ou trois maisons de familles riches. Dans aucune d'elles il n'y eut de cas de fièvre. »

Je ne voudrais pas multiplier à l'infini ces relations, je renvoie les lecteurs qui désireraient de plus amples renseignements sur ce point, aux traités classiques et particulièrement à l'ouvrage de Murchison (Trad. française, p. 67 à 98), à la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1877, entre MM. Bouley, Noël, Guéneau de Mussy, Bouchardat, Jaccoud, Chauffard, J. Guérin, et à l'introduction que M. Henri Guéneau de Mussy a placée en tête de la traduction française de l'ouvrage de Murchison.

Je voudrais pourtant encore rappeler le fait suivant également emprunté à Murchison :

« Pendant l'automne de 1858, une épidémie de fièvre typhoïde éclata à Windsor. Elle fut l'objet d'études sérieuses de la part du médecin du Conseil privé. J'en ai communiqué le compte rendu à la Société épidémiologique. On calcula que, pendant les derniers mois de l'année, 440 personnes, ou environ un vingtième de la population, furent attaquées : 39 moururent. L'opinion [illegible] de tous ceux qui firent des recherches à cet égard [illegible] était due aux émanations des égouts. La plupart des cas [illegible]

(1) P. Lorain. *De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies*, t. II, p. 155. Paris, 1877.

ral, mais plus particulièrement tous les cas mortels, sauf un, se trouvèrent circonscrits dans deux des trois quartiers de la ville, l'un situé au-dessus, l'autre au-dessus de la Tamise. Deux de ces quartier avaient un système complet d'égouts, des lieux d'aisances dans l'intérieur des maisons, et des éviers avec des conduits dans les cuisines et les soubassements. Les égouts dans les deux districts étaient remplis en partie par un flot continuel d'eau chassé de la Tamise et par des réservoirs artificiels. Mais, par suite d'une longue sécheresse, la Tamise avait beaucoup baissé, et par négligence on avait laissé ces réservoirs se dessécher. Par conséquent les ordures s'étaient accumulées dans les égouts, et, à cause de leur ventilation très imparfaite, les exhalaisons fétides se répandaient directement dans les maisons.

Dans les deux quartiers mentionnés, les riches et les pauvres furent indistinctement atteints par la fièvre; mais les cas furent plus nombreux et plus graves dans le bas quartier, où tous les égouts de la ville se réunissaient et où ils avaient la pente la moins rapide, c'est-à-dire au bas de Sheet Street, près des casernes. Les habitants de ce quartier se plaignirent de sentir dans les maisons des odeurs infectes venant des égouts, et particulièrement dans les maisons où la fièvre fut constatée. Le quartier de la ville qui fut presque exempt de fièvre était le plus pauvre, et le choléra y avait sévi avec la plus grande intensité en 1849. Bien que les égouts de cette partie de la ville aient souffert du manque d'eau, les lieux d'aisance étaient en dehors des maisons et il n'existait aucune communication ni par les conduits d'évier, ni autrement, entre les égouts et l'intérieur des maisons. A peu d'exceptions près, on ne se plaignait pas de mauvaises odeurs dans ce quartier. Une femme cependant se plaignait amèrement d'une odeur infecte venant d'un égout situé en face de sa porte. La fille de cette femme mourut de la fièvre. Aucun cas de fièvre n'eut lieu au château de Windsor qui, ainsi qu'on peut le voir dans un plan reproduit dans l'ouvrage de Murchison (trad. franç. p. 80), avait un égout particulier, n'ayant aucun rapport avec ceux de la ville ; il était bien ventilé et était irrigué chaque matin par une source d'eau spécialement affecté à cet usage. Quelques-unes des maisons dépendant des écuries royales et dont l'égout communiquait à l'égout particulier du château, eurent le même privilège. Dans le reste des écuries, séparées des autres par un simple chemin, mais communiquant avec l'égout de la ville, il y eut trente cas de fièvre et trois décès. Cependant tous les habitants des écuries s'approvisionnaient d'eau à la même source. Enfin quelques cas de fièvre se sont aussi présentés dans le bâtiment collégial du château, qui était également en communication avec l'égout de la ville.

Mon ami le Dr Landouzy m'a communiqué les deux observations suivantes, qui se rapportent à la propagation de la fièvre typhoïde par les tuyaux d'évent. En 1881, j'ai, avec les professeurs Bouchard et Brouardel, soigné, au nº ..., du boulevard Sébastopol, un jeune homme de 25 ans, B... (Emile), pour une fièvre typhoïde des plus graves. Ce jeune homme, commerçant, appartenant à une famille composée de dix personnes, eut seul la fièvre typhoïde, et pourtant il vivait *en apparence* identiquement de la vie de tout le monde, prenait ses repas avec ses parents. Personne dans la famille n'avait eu ni dothiénentérie, ni maladie à caractères typhoïdes. L'enquête que je fis touchant l'origine de cette fièvre typhoïde qui mit B... en danger de mort et qui le frappait seul au milieu d'un groupe de dix personnes, me révéla les particularités suivantes ; Tandis que les neuf autres personnes dont se composait la famille, habitaient un assez vaste appartement, au quatrième au-dessus de l'entre-sol, prenant jour et air d'un côté sur le boulevard Sébastopol, de l'autre coté sur une large cour, Emile B..., l'aîné de la famille, occupait seul un tout petit appartement de garçon à l'entresol, dans l'un des angles de la cour. Sur cette cour (carré long) prend également jour un grand corps de batiment dont la façade principale est rue Saint-Denis. On accède à cette cour aussi bien par la rue Saint-Denis que par le boulevard Sébastopol. Cette maison de la rue Saint-Denis est également occupée par le commerce (passementerie); c'est assez dire que, tant dans les deux immeubles que dans la cour, le nombre des allants et venants est considérable. Dans un angle de cette cour, se trouvaient, au rez-de chaussée, deux latrines à la turque, — deux lunettes — auxquelles se rendaient non seulement les habitués de la maison, mais encore toute personne du voisinage. Ces latrines, qui avaient assez la forme et la hauteur de deux guérites accolées, affleuraient, par les tuyaux d'évent, à 50 centimètres environ de l'entresol. Or, les fenêtres d'entresol qui donnaient dans cet angle de la cour étaient précisément les seules deux fenêtres par lesquelles prenaient air et lumière les deux chambres dont se composait exclusivement l'appartement de B... Emile La fenêtre de sa chambre à coucher était précisément celle qui était la plus rapprochée des tuyaux.

Je crus devoir trouver dans *cette prise d'air sur des latrines* quasi-publiques, à la fois, la *cause* de la fièvre typhoïde de B..., Emile, de la raison de ce fait que seul parmi toute une famille il avait été contaminé : en dépit de toutes les apparences il vivait autrement que tous les membres de sa famille : exposé à la contagion, il avait été contagionné. 2º En 1883, j'ai vu avec mon collègue du Val-de-Grace, le Dr Robert, en consultation, boulevard des Batignolles (non loin du collège Chaptal), Mlle D..., superbe jeune fille de 15 ans, en proie à une fièvre typhoïde sévère La jeune fille occupait avec ses parents et deux domestiques (en tout cinq personnes), un petit hôtel entre cour et jardin : nul n'avait été malade dans l'entourage, la jeune fille seule fut atteinte. L'enquête à laquelle je me livrai me donna la clé de la maladie isolée de la jeune fille, en même temps qu'elle me révéla un fait à peine croyable. Ce petit hôtel se compose d'un rez-de-chaussée sur cave, d'un premier et d'un second mansardé. La façade principale, façade-sud, regarde boulevard des Batignolles : au premier, sur cette façade, se trouve la chambre occupée par les parents ; au même étage sur la façade-est se trouve, éclairée par une grande fenêtre, la chambre de la jeune fille. A cinquante centimètres environ au-dessous de cette fenêtre, exactement dans son axe, venait finir un tuyau d'évent de la fosse d'aisance de l'hôtel. J'osai conclure que la jeune fille avait été placée aux meilleures loges pour gagner la fièvre typhoïde; elle vivait et respirait par le fait d'une « inadvertance » d'architecte, sur une fosse d'aisance, qui, elle non plus « ne sentait pas mauvais », car personne n'avait jamais remarqué ce tuyau.

A Bruxelles, il y a quelques années, les habitants d'un quartier neuf furent envahis par une épidémie de fièvre typhoïde très sévère. L'enquête démontra que l'infection s'était faite parce que les syphons placés dans les tuyaux de chute, qui devaient intercepter la communication entre l'atmosphère des égouts et l'appartement, étaient défectueux.

Au Havre, le maire, M. Sigfried et sa famille, furent victimes d'une disposition défectueuse analogue. Dans tous ces cas dont il serait bien facile d'augmenter la liste, il faut remarquer que la fièvre typhoïde est restée confinée dans les points infectés par l'atmosphère viciée et, de plus, que chaque fois l'air était imprégné d'humidité. Je ne dis pas que l'air sec soit incapable de servir de véhicule au bacille, mais il semble que comme pour les fièvres intermittentes, l'humidité soit une circonstance favorable. MM. Chantemesse et Widal ont cherché à saisir dans l'atmosphère le bacille typhique. Leurs expériences, commencées il y a quelques semaines, sont encore incomplètes ; ils ont placé dans un tonneau des matières fécales typhiques, ils ont recueilli l'air qui en sort à travers un dispositif spécial, en faisant un appel avec une trompe d'eau. Jusqu'à ce jour, ils ont très facilement capté les micro-organismes d'origine fécale, mais ils n'ont pas encore isolé le bacille typhique. La technique est encore probablement insuffisante, mais les premiers résultats obtenus font penser que quelques perfectionnements permettront d'arriver à une démonstration scientifique.

Avant de rappeler le dernier mode de propagation, je dois m'expliquer sur la théorie qui a été développée avec un grane talent par notre éminent maître et collègue, M. le professeur Pettenkofer. Celui-ci avait remarqué qu'à Munich, il y a une relation constante entre la morbidité typhoïde et les oscillations de la nappe d'eau souterraine. Les rémissions et les exacerbations épidémiques correspondent les premières à l'élévation, les secondes à l'abaissement des eaux profondes. C'est moins l'abaissement absolu que les oscillations qui semblent provoquer ou enrayer les poussées épidémiques. M. Pettenkofer en avait conclu que, sous l'influence du retrait des eaux, les matières organiques abandonnées dans le sol à la putréfaction produisaient l'empoisonnement typhique.

D'autres observateurs publiaient un certain nombre d'exemples contradictoires. Je ne me range pas à leur combinaison qui aboutit à la négation de cette influence ; suivant moi, il existe dans la théorie de Pettenkofer une grande part de la vérité, mais la théorie est incomplète. Quand la nappe d'eau souterraine s'abaisse, les sources ou les rivières subissent dans leurs afflux une diminution semblable, mais surtout il se produit dans cette nappe souterraine un courant qui met en mouvement les débris organiques et les dirige vers les parties déclives, c'est-à-dire vers les origines de la collection des eaux.

D'autres fois, là au contraire ou la fièvre typhoïde a coïncidé avec l'élévation de la couche souterraine, on trouve souvent la contamination par un puits, c'est-à-dire que cette nappe qui vient de laver le sous-sol se déverse dans un puits et y amène les bacilles typhiques.

III. — Je n'insisterai pas sur la propagation directe par contact des mains avec les linges souillés, comme y sont exposées les blanchisseuses, les infirmières, gardes-malades, etc.

Dans ces conditions, si la main transporte directement à la bouche ou dépose sur les aliments, le pain en particulier, les souillures dont elle est chargée, la propagation est directe et ne présente aucune difficulté d'interprétation, mais ce mode d'infection est relativement assez rare.

J'ai volontairement passé sous silence quelques points secondaires, dont la discussion m'entraînerait trop loin, tels que la propagation de la fièvre typhoïde par le lait, dans lequel on ajoute

trop souvent de l'eau, la survie des bacilles qui, suivant les circonstances, dépasserait parfois 7, 8, 12 mois, la sporulation des bacilles, etc. J'ai restreint le terrain de cette conférence, ne voulant montrer que ce qui est dès aujourd'hui applicable. En hygiène publique, il ne suffit pas de disserter et d'apporter des preuves académiques, il faut avoir le courage de tirer, des faits scientifiquement établis, des conclusions applicables. Il faut que notre conviction dans la valeur des démonstrations soit assez forte pour que nous prenions vis-à-vis des pouvoirs publics la responsabilité de nos conseils. Quels sont ceux qui résistent aux faits ci-dessus exposés? Les germes de la fièvre typhoïde ont pour véhicules l'eau, l'air, les linges des malades, et les mains de leurs gardes. Mais au point de vue du tribut que les populations payent à cette maladie, l'eau est le distributeur qui le porte 90 fois sur 100. Quand une source ou une fontaine est polluée par des bacilles typhiques, elle empoisonne une famille s'il s'agit d'un puits, un groupe de maisons quand il s'agit d'une source, une ville tout entière quand c'est la rivière ou une des sources canalisées qui ont été infectées. Or, en hygiène, heureusement, il nous est plus facile de placer l'eau d'une ville à l'abri de toute souillure que d'empêcher l'air de lécher une déjection immonde. L'expérience nous a appris que ce sont les grandes villes dans lesquelles se perpétuent les épidémies de fièvre typhoïde, que c'est d'elles que rayonnent les transmissions de cette maladie. Il peut être onéreux de capter une eau pure et de la distribuer à une population, mais cela est possible ; n'a-t-on pas dit, répété avec raison, que rien ne coûte cher comme une épidémie ? N'est-il pas vrai qu'une maladie qui tue mille, deux mille personnes tous les ans, frappe, au point de vue économique, plus cruellement une population que l'impôt qui aurait permis d'épargner la vie de quelques milliers de citoyens fauchés de 15 à 25 ans, à l'âge où on a déjà beaucoup coûté et rien rapporté à sa patrie ? Il faut, si vous partagez ma conviction, que nous fassions dans tous les pays un effort énergique, que nous prêchions le bon combat, celui de la préservation de la vie humaine. Nos preuves sont suffisantes. Les pouvoirs publics ne demandent qu'à être convaincus. Ils hésitent parce qu'ils trouvent parmi les médecins des dissidents. En est-il un parmi nous qui ose soutenir une opinion inverse et qui ait des convictions adverses assez vigoureuses pour dire : non, l'eau dans laquelle on verse des déjections de typhiques, ne donne pas la fièvre typhoïde? Que celui-là se lève et qu'il assume devant nos successeurs, devant ceux qui viendront demain, la responsabilité des morts que sa résistance aura entraînés. (Acclamations enthousiastes).

Séances de Sections.

2me *journée* : Mardi 27 Septembre 1887.

PREMIÈRE SECTION.

Etat actuel de l'épuration des eaux d'égout et de l'emploi des déjections humaines, surtout par rapport à la pureté des rivières. — Rapporteurs : MM. Koening (de Munich) et Frankland (de New-Reigate). M. Frankland, dans un bon mémoire qu'il résume, arrive à des conclusions intéressantes. Il montre combien la mise en œuvre des déjections humaines a fait des progrès en Angleterre depuis trente ans. C'est avec le plus grand soin que l'on met les cours d'eau à l'abri de la pollution par les matières fécales.

Chaque tentative qui a été faite pour utiliser les déjections humaines a été suivie de pertes considérables. On a obtenu dans des cas exceptionnels quelques bénéfices de ces essais. Si une ville n'est pas éloignée de la mer, le procédé le moins coûteux consiste à y déverser les eaux d'égout. On évite ainsi l'infection des fleuves et des rivières.

On n'a pas encore découvert le moyen de purifier absolument les eaux d'égout par des procédés chimiques. L'infection des cours d'eau est toujours à craindre, à l'heure actuelle, même après l'action des agents chimiques. Cependant, si par hasard on trouvait un procédé capable de désinfecter complètement les eaux polluées, on pourrait déverser ces eaux ainsi traitées par les agents désinfectants à l'embouchure des rivières et des fleuves.

Le seul procédé efficace de purification des eaux d'égout consiste à les filtrer à travers le sol. Partout où l'acquisition du terrain à bas prix est possible, il faut faire ruisseler les eaux d'égout sur le sol de façon à ce qu'un acre reçoive les eaux de 100 habitants seulement. Si l'on ne dispose pas de cette superficie de terrain, l'on devra recourir à la filtration intermittente. Mais chaque acre ne recevra que les eaux d'égout qui proviennent de 1,000 à 2,000 habitants. Il suffit de labourer le sol ainsi fumé pour obtenir une grande végétation.

Quand on emploie ce procédé, il sera bon d'agir au préalable sur les matières fécales par des substances chimiques. Le résidu que l'on obtiendra servira de fumier.

La purification des eaux d'égout par le sol ne cause aucun dommage à la santé ni sur les lieux mêmes de la désinfection ni dans le voisinage. C'est ainsi qu'on n'a jamais observé de maladies infectieuses qui soient imputables à cette pratique de purification des eaux d'égout

Ce rapport a été suivi d'une longue discussion. Les autorités allemandes ne procèdent pas d'une façon uniforme et un membre a le regret de constater la diversité des procédés employés.

M. Koehler, directeur du bureau de santé, répond que la différence des procédés existe plus en apparence qu'en réalité. Du reste la science n'a pas encore dit son dernier mot, et il est difficile d'affirmer que tel procédé est supérieur à tous les autres. N'est-il pas préférable d'essayer chaque système suivant les circonstances. Il faut laisser toute liberté aux communes, et le gouvernement doit s'opposer seulement aux abus qui peuvent se glisser.

M. Linde, ingénieur de Franckfort, fait remarquer qu'il n'est pas possible de tirer des conclusions d'une expérience faite en Angleterre et de vouloir les appliquer en Allemagne. Cette discussion assez animée n'a pas eu de sanction : l'accord n'a pu se faire.

Quelle expérience a-t-on fait jusqu'à présent des systèmes Waring et Shone ?

M. A. Durand-Claye, rapporteur. — Les systèmes Waring et Shone pour l'évacuation des eaux d'égout ont un caractère commun : ce sont des systèmes séparés (separate système). Ils recueillent les eaux ménagères et les matières de vidange; ils excluent les eaux de pluie; celles-ci trouvent leur chemin dans les gouttières des maisons et dans un réseau spécial d'égouts ou simplement dans les ruisseaux des rues. — Le système Schone est compliqué et ne peut guère être adopté. Le système Waring a été appliqué au drainage de Memphis et on en a fait un essai à Paris mais dans des conditions un peu spéciales.

Ce système et en général ces systèmes séparés reposent sur une erreur hygiénique qui consiste à admettre que les eaux de pluie et de l'orage des rues, que les eaux des ruisseaux en un mot, n'ont aucun inconvénient et peuvent être déversées purement et simplement aux cours d'eau les plus voisins — l'écoulement de ces eaux sur la voie publique, n'est pas admissible, sous peine d'inondation des quartiers bas. De plus les systèmes séparés impliquent les coûteuses dispositions d'un double réseau, l'un de conduits l'autre d'égouts. Il y a au contraire intérêt à constituer la canalisation d'une ville de manière à recueillir les immondices et les eaux sales de toutes espèce, y compris les pluies. — La canalisation comprendra, dans les voies secondaires des conduites en grès et dans les voies principales, des égouts collecteurs; des réservoirs de chasse seront placés à l'origine des conduites en égouts et aux hauts des profils en long. Dans ces conditions il sera tenu un compte équitable des exigences de l'hygiène et des nécessités économiques qui s'imposent aux municipalités.

Criterium propice à faire juger de la nature hygiénique de l'eau potable et de l'eau de lavoir. — M. le Professeur Gartner (de Iena) a présenté une question relative à l'appréciation de la nature hygiénique de l'eau potable et de l'eau de lavage d'après l'état actuel de la science dans laquelle il arrive aux conclusions suivantes :

1° Les eaux potables et ménagères ne doivent renfermer ni substances toxiques, ni germes de maladies.

2° La possibilité que des substances toxiques ou des germes pathogènes se mêlent aux eaux potables ou ménagères doit être entièrement exclue ; ou bien, il doit être pris des mesures de nature à en écarter ces éléments nuisibles.

3° Les eaux potables et ménagères doivent être de nature à exciter à en boire et à s'en servir.

4° La preuve de la présence des matières toxiques devra être fournie dans l'analyse chimique, celle des germes de maladies par l'examen microscopique et biologique.

5° La possibilité d'une intoxication ou d'une injection est d'autant plus grande qu'il est prouvé que l'eau est souillée par les déjections et les résidus de l'économie humaine.

6° La preuve de ces souillures sera en premier lieu fournie par l'analyse chimique et ensuite par l'examen microscopique et bactériologique. Lors de l'appréciation du résultat, il y aura à tenir particulièrement compte des localités.

7° Pour qu'une eau engage à en boire et à s'en servir, il faut que ses qualités physiques n'offrent aucune prise à la critique, que les matières qu'elle tient en dissolution ne diffèrent pas de beaucoup en quantité et en qualité de celles des eaux locales réputées bonnes et que les animalcules et les petites plantes ou leurs résidus n'y soient pas en quantité notable ; enfin il doit y avoir exclusion de toute souillure provenant des résidus de l'économie humaine.

8° Pour juger des qualités d'une eau, il faut recourir à l'examen comparatif de plusieurs eaux de même espèce, provenant de la même contrée.

DEUXIÈME SECTION.

Surveillance médicale des écoles surtout en vue d'empêcher l'extension des maladies infectieuses et de la myopie — M. le Dr WASSERFUHR, médecin en chef de la milice (Berlin), n'hésite pas à déclarer que l'intérêt des états et des familles exige la participation des médecins compétents à l'administration des écoles. Soustraire les enfants aux influences pernicieuses dues à la fréquentation de l'école, tel est le but de cette collaboration médicale. Pour arriver à un résultat il faut multiplier les rapports et faire des inspections périodiques avec les directeurs des établissements. M. le Dr Wasserfuhr conclut que les médecins doivent faire partie intégrale de l'organisation actuelle des écoles.

M. le Dr NAPIAS (de Paris) fait un long et intéressant rapport sur le bâtiment scolaire, le mobilier, l'hygiène de la vue, la durée des classes, le surmenage, les maladies contagieuses à l'école et enfin l'inspection médicale, il nous est impossible par malheur de mettre en lumière les points principaux de cet excellent travail qui est un exposé clair, complet de ce qui a été écrit sur la question. M. Napias, à la suite de son rapport, a insisté sur la nécessité de faire observer les mesures hygiéniques non seulement à l'école mais encore au domicile des parents.

M. le Dr BORANOFSKY voudrait voir créer des médecins spéciaux pour les écoles.

M. le Dr REUSS, (de Vienne) demande la création d'un service d'inspection complet (inspecteur général, inspecteurs et sous-inspecteurs). Mais c'est un vœu qui ne peut guère être réalisé. Si on augmentait le nombre des médecins scolaires ce serait déjà un beau résultat et le congrès peut l'obtenir en votant cette résolution.

Enseignement de l'hygiène dans les écoles élémentaires, secondaires, etc. — Le Dr Von PODOR désire que l'hygiène soit enseigné dans nos écoles.

Le travail à notre époque est excessif, il faut apprendre à le mesurer pour que l'individu ne souffre pas d'un labeur exagéré. Le but de l'enseignement est de rendre l'homme capable de protéger sa santé. Les connaissances acquises seront profitables à l'étude des sciences naturelles. Mais dans les écoles spéciales supérieures le but de l'enseignement est d'apprendre aux élèves à connaître les applications spéciales de cette science.

M. le Dr KUBORN soutient une thèse semblable et indique la façon pratique d'enseigner à l'école primaire les premiers principes d'hygiène. Quant aux écoles industrielles elles seront pourvues d'une ou de plusieurs chaires d'hygiène. A côté des leçons théoriques il y aura des démonstrations pratiques, et même il serait bon d'avoir un laboratoire d'hygiène pour l'instruction des élèves.

M. le Dr LAYET (de Bordeaux) expose l'état de l'enseignement de l'hygiène en France ; au point de vue théorique nos écoles ne sont pas mal partagées, mais cet enseignement n'est pas entré de plein pied dans la pratique. Il ne reste plus qu'à la confier en de bonnes mains. L'orateur rentre dans quelques détails relatifs aux différents degrés d'enseignement qu'il faut donner aux différentes écoles. Il s'agit d'une préparation graduelle des esprits à accepter [illegible] sous la forme administrative et à favoriser, suivant les [illegible] respectifs, les agissements de l'hygiène sociale.

[illegible] des générations futures dans le sens de leur adaptation aux règles sanitaires, telle doit être la consécration de l'œuvre [illegible] dès l'enfance et à toutes les périodes de la jeunesse, par l'enseignement de l'hygiène et la prévision des bénéfices vitaux que le pays entier devra retirer à son tour.

TROISIÈME SECTION.

Rapport de l'eau potable avec l'éclosion et la propagation des maladies infectieuses et les conséquences à en tirer par rapport à l'hygiène. — Rapporteur : M. HUEPPE (Wiesbaden). — Le rapporteur ne craint pas de dire que la statistique qui a été faite sur l'éclosion et la propagation des maladies infectieuses n'offre pas toutes les garanties nécessaires et n'a pas des bases assez larges. Les preuves de la contagion par l'intermédiaire des eaux potables ne sont pas absolument démonstratives, cependant tout porte à croire que ce mode de transmission des maladies infectieuses est possible ou même probable. De cette possibilité, de cette probabilité découlent des mesures faciles à deviner : Mettre les eaux qui peuvent servir à notre consommation à l'abri des déjections ; protéger les puits de façon à empêcher les eaux polluées de s'y rendre, etc., telles sont les précautions qu'il faut prendre.

La discussion qui suit la lecture de ce document accentue les [illegible] du rapporteur. M. le Dr POHL (St-Petersbourg) insiste sur l'importance de l'eau filtrée et stérilisée et adopte les opinions bien connues du professeur Brouardel. DUNARD (de Genève) en s'appuyant sur son expérience personnelle admet les mêmes conclusions que Pohl et Brouardel. LEHMAN (de Copenhague) discute l'influence du lait et de certains aliments sur la propagation des maladies infectieuses. Il n'avance du reste aucun fait nouveau et n'émet aucune opinion ferme sur cette question.

QUATRIÈME SECTION.

M. le Dr G. KRATTER, professeur à Graz lit un travail à ce sujet : *Quelle est la tâche à remplir en vue de l'examen scientifique des causes du crétinisme et quels sont les moyens qui maintenant déjà peuvent être propopés pour combattre ce mal.* Le crétinisme, dit M. Kratter, est un mal social. La statistique prouve qu'en Autriche dans l'année 1884 il y a eu plus de 15,701 crétins soit une proportion de 1 pour 100,000 habitants. Dans certaines contrées il y a 100 crétins sur 100,000 individus, proportion énorme.

Les causes du crétinisme sont mal connues. L'orateur ne méconnaît pas l'importance du sol et celle de l'hérédité dans la genèse de cet état pathologique. M. Kratter pense qu'il est urgent de faire des recherches sérieuses sur la cause du crétinisme et que ces recherches devraient se faire dans tous les pays. Il recommande de combattre le crétinisme en faisant bâtir des établissements pour traiter le crétinisme à sa première période. Inutile de dire que ces établissements devront être éloignés des pays où règne le crétinisme.

Hygienischer Unterricht an Volksschulen, Mittelschulen Gewerbeschulen, Mädchenschulen, Lehrerbildungsanstalten, Priesterseminarien u. s. w. Sweckmässigkeit und Begrenzung desselben in Oesterreich par M. le Dr M. GAUSTER (Vienne). — Les eaux potables et ménagères, dit le rapporteur, ne doivent renfermer ni substances toniques ni germes de maladies. D'où la nécessité de prendre des mesures qui mettent ces eaux absolument à l'abri de toute pollution

La première qualité d'une eau potable est d'être assez pure et agréable à l'œil pour qu'elle invite à boire et à s'en servir. De plus, l'analyse chimique démontrera l'absence de toute matière toxique et l'examen bactériologique prouvera que les eaux ne sont pas souillées. Plus une eau est polluée par les déjections et les résidus de l'économie, plus il est probable que cette eau est infectée. L'infection sera démontrée par l'examen bactériologique et microscopique.

Enfin le rapporteur fait remarquer judicieusement que pour juger des qualités d'une eau, il faut recourir à l'examen comparatif de plusieurs eaux de même espèce, provenant de la même contrée.

Expériences étiologiques et prophylactiques des épidémies cholériques en Europe dans les 3 ou 4 dernières années. — Epidémie de 1884-1885. Rapport de Ph. HANSER. — M. Ph. Hanser pose les conclusions suivantes : Le micro-organisme du choléra a besoin de 4 éléments pour son développement : l'air, l'humidité, la chaleur et les substances organiques. Donc il ne peut vivre que dans les couches superficielles du sol, à 3 mètres au maximum de profondeur. Les cours d'eau ne sont pas favorables à son évolution. Il cherche à se propager et à se multiplier sur les bords de l'eau et remonte volontiers à la source des fleuves et des rivières. Il préfère encore davantage les rives des affluents. Ce qui veut dire qu'il vit et se développe dans un sol humide, mais pas dans l'eau.

Quoique le germe du choléra puisse être transporté par les vêtements ou par les substances organiques, le contact entre un objet infecté et l'autre pas, n'est pas suffisant pour engendrer une épidémie, il faut encore que les conditions du terrain s'y prêtent.

Le rôle de l'eau potable se réduit à rendre l'épidémie plus intense et son extension plus rapide quand l'eau est mauvaise. Si au contraire l'eau est bonne, elle enlève en partie la gravité de l'épidémie. Toutes les mesures prophylactiques, l'isolement des malades, désinfection des maisons et des objets domestiques souillés, ne sont pas capables d'empêcher la marche de l'épidémie sans l'assainissement préalable du sol, siège favorable à la multiplication des microbes pathogènes.

Le commerce par les chemins de fer est loin de contribuer à l'extension de la maladie et à la propagation des germes. Au contraire le commerce par les voies ferrées lui est défavorable.

(*A suivre*). LEIBOWITZ et PILHEVIN.

NEUVIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES A WASHINGTON (*Suite*) (1).

Séances du mercredi 7 septembre (Suite).

(3e *journée* (suite).

SECTION DE MÉDECINE.

M. le Dr CROTHERS (de Hartford) termine son mémoire sur l'*alcoolisme* par les conclusions suivantes : 1° Certaines conditions d'hérédité, certains chocs physiques et psychiques sont suivis d'alcoolisme dans beaucoup de cas ; 2° la maladie est souvent précédée d'altérations structurales et fonctionnelles du cerveau ; 3° certaines organisations cérébrales mal équilibrées, des arrêts de développement du cerveau, etc., constituent des

(1) D'après des épreuves fournies par le *New-York Medical Record*.

causes apparentes dans beaucoup de cas; 4° certaines maladies semblent avoir une tendance à se transformer en alcoolisme sans cause excitante. Il rappelle combien les symptomes de l'alcoolisme sont uniformes. Comme traitement, l'auteur conseille l'incarcération des malades dans un hôpital dirigé militairement.

MM. les D^rs^ **Cutter** et **O'Neal** commencent la discussion.

M. le D^r^ **Fair** (d'Illinois) considère que les influences morales ont le plus de succès.

MM. les D^rs^ **Stubbs**, **William Waugh** et autres, continuent la discussion.

M. le D^r^ **Cisna** (de Pennsylvanie) lit un mémoire sur *la fièvre typhoïde*.

SECTION DE CLIMATOLOGIE.

M. le D^r^ **A. Tucker Wise** (de l'Engadine) fait une communication sur *le climat des Alpes suisses et le traitement des maladies pulmonaires à une hauteur de six mille pieds*. L'hiver, dans les Alpes, est caractérisé par la sécheresse de l'air, qui ne contient ni microbes ni substances irritantes; le soleil s'y montre continuellement, la pression est basse et l'atmosphère est surchargé d'ozone. Ces conditions amènent les résultats suivants : 1° le malade respire de l'air aseptique, qui ne contient ni poussière, ni matières irritantes, ni microbes; 2° la sécheresse et la pression barométrique basse facilitent l'évaporation des sécrétions morbides dans les poumons; 3° le soleil, l'air froid et la pression basse augmentent l'oxydation du sang et des tissus. 4° l'exagération des mouvements respiratoires active la circulation pulmonaire; 5° il se produit une activité plus grande dans le système lymphatique des poumons, une amélioration dans la nutrition et dans la sécrétion glandulaire et une stimulation du système nerveux. Les stations d'hiver principales se trouvent à Maloja, Wiesen, Davos et Saint-Moritz. L'auteur cite vingt-trois observations qui démontrent une amélioration marquée.

M. le D^r^ John D. **Macdonald**, inspecteur général de la marine royale, présente un mémoire sur l'*atmosphère du sol et ses rapports hygiéniques*.

M. le D^r^ **P. H. Boyce** (de Toronto) fait une communication sur l'*atmosphère des maisons ou les climats artificiels*.

SECTION DE CHIRURGIE DENTAIRE ET D'OTOLOGIE.

M. le D^r^ **Pradère** (de Lyon) lit un mémoire qui est renvoyé à la section de Médecine. Il est intitulé : *la phtisie guérie par les applications continues de médicaments au palais*.

Il y eut ensuite plusieurs communications sur le traitement des maladies des oreilles, sur l'aurification des dents et sur les appareils dentaires.

M. le D^r^ **Metnitz** (de Vienne) fait une communication sur l'*ostéomyélite*. L'auteur fait rapport de deux observations détaillées. Dans la première, l'extraction de deux dents chez une femme de quarante-trois ans donna naissance à une ostéomyélite de la mâchoire, qui se compliqua de méningite et qui fut suivie d'un résultat fatal. Dans la seconde, la mort fut causée aussi par une méningite suivie d'ostéomyélite multiple.

M. le D^r^ **Jenison** (de Minneapolis) lit un article qui a pour titre : *l'art dans l'odontologie*.

M. le D^r^ **R. R. Andrews** (de Cambridge) lit un travail sur l'*origine des fibres dentaires, illustrée par le stéréopticon*. Il y a deux sortes d'odontoblastes, les uns sont carrés, les autres sont en forme de poire; la fibre dentaire se développe aux dépens de ces derniers.

M. le D^r^ **Franck Abbott** (de New-York) remarque qu'il faut, pour comprendre l'origine de la fibre dentaire, se reporter aux transformations qui s'effectuent dans la papille des dents, du troisième au cinquième mois de la vie intra-utérine. Plusieurs des corpuscules médullaires se réunissent et forment des odontoblastes. Ils servent à produire la denture.

M. le D^r^ **Fletcher** (de Cincinnati) lit un mémoire intitulé : *La dentine protectrice; illustration par le stéréopticon*.

M. le D^r^ **J. Howard Mummery** (de Londres) montre *des photomicrographies de tous les tissus de la dent*.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

M. le D^r^ Ernest W. **Cushing** (de Boston) fait une communication sur la *dégénérescence cancéreuse des glandes hyperplastiques du col de l'utérus*. Ruge et Veit ont décrit une condition spéciale des glandes, qui forme une transition entre la formation bénigne et l'altération maligne. Ils attachent une grande importance à l'invasion des glandes par les cellules épithéliales; ils s'accordent en cela avec Thiersch et Waldeyer. L'auteur croit que la signification de ces phénomènes a été exagérée. La question présente un grand intérêt pratique au point de vue du diagnostic microscopique des affections suspectes du col de l'utérus, car il est certain que l'on ne peut pas se fier à l'œil ou au toucher seuls, et l'examen microscopique décide si l'on doit avoir recours à l'hystérectomie vaginale ou à l'amputation du col. Dans la majorité des cas de Ruge et Veit, le carcinome ne se développe pas dans la glande, nouvellement formée, mais sous forme de masses cellulaires contenues dans des alvéoles de tissu conjonctif; il n'y avait donc pas de rapport évident avec l'épithélium de la surface des glandes. Dans quatre observations sur vingt-deux, Ruge et Veit ont trouvé des apparences de solidification dans les glandes et leur envahissement par l'épithélium; l'auteur trouve que cette condition ne saurait indiquer que la présence d'adénome et non de carcinome. Il faudrait pour cela qu'il se développât des altérations dans le tissu conjonctif entre les glandes. Cependant, il ne faut pas exclure la possibilité de cancer, parce que le diagnostic n'est pas assuré, et il vaut mieux exciser largement les tissus altérés. Il est utile de cautériser la plaie après l'ablation du carcinome pour empêcher l'infection de se propager par les vaisseaux et les lymphatiques qui ont été ouverts dans le cours de l'opération.

M. le D^r^ **Franklin H. Martin** (de Chicago) lit un mémoire intitulé : *Traitement des fibromes de l'utérus, par des courants électriques forts, basés sur un dosage exact*. La méthode instituée par le D^r^ Apostoli constitue un agent thérapeutique rationnel pour le traitement des fibromes utérins sans douleur et avec des résultats excellents. L'observation de ces principes et une série d'expériences pratiques permettent à l'auteur de déterminer un dosage exact, par lequel il peut employer l'électricité, sans jamais dépasser les limites de la tolérance, même chez les malades les plus sensibles. Les expériences démontrent qu'un courant de force définie, passant pendant un temps défini, produit un effet local déterminé, au point où il place un électrode actif de surface définie. Si l'on veut obtenir les effets locaux caractéristiques de l'électricité sur la muqueuse de l'utérus, ou si l'on veut arrêter une hémorrhagie, il est nécessaire de faire l'application d'un courant de vingt-cinq millampères pour chaque centimètre carré, pendant cinq minutes. A ce taux là, il faudrait pour la cavité utérine, avec un electrode d'Apostoli de vingt centimètres de long, un courant de cinq cents millampères; il faudrait également que la répartition se fit d'une manière égale sur toutes les parties de la surface. Dans beaucoup de cas, un courant de cette force ne serait pas toléré; outre cela, il est improbable que la sonde répartirait le courant également et qu'elle serait en contact avec la muqueuse utérine dans toute son étendue. Pour obvier à ces inconvénients, le D^r^ Martin se sert d'électrodes construits de manière à ce qu'il puisse traiter successivement chaque partie du canal utérin. Il ne reconnaît que deux variétés d'opérations : 1° Galvanisme inter-utérin positif (galvano-caustique positif d'Apostoli); 2° galvanisme inter-utérin négatif (galvano-caustique négatif d'Apostoli). Ces opérations ne sont ni dangereuses ni douloureuses. Les avantages principaux de cette méthode sont : 1° Elle est absolument sans danger; 2° elle ne cause pas de douleur; 3° elle fait toujours cesser les hémorrhagies; 4° elle fait diminuer rapidement les tumeurs de volume; 5° elle soulage les douleurs névralgiques; 6° elle est basée sur des principes qui permettent un dosage exact.

M. le D^r^ Thomas **Moore-Madden** (de Dublin) lit un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur la pathologie et sur le traitement des lacérations du col de l'utérus*. C'est une question dont les gynécologues de la Grande-Bretagne ne se sont occupés que fort peu, si bien qu'ils connaissent à peine l'opération d'Emmet et les indications pour la trachelorrhaphie. Dans la pratique obstétricale, les lacérations du col donnent lieu à deux complications, auxquelles on ne fait qu'une allusion insuffisante dans les ouvrages anglais et américains relatifs à ce sujet, c'est-à-dire une hémorrhagie suite de couches difficile à arrêter et quelquefois la septicémie puerpérale. On ne reconnaît pas assez l'avantage qu'il y a dans les lacérations très étendues, de pratiquer plutôt l'amputation du col que la trachélorraphie. L'auteur se sert de l'écraseur ou du galvano-cautère. Il est d'avis que la majorité des cas de lacération ne justifient aucune intervention chirurgicale; mais dans les cas qui l'exigent, l'amputation du col enlève toute trace de tissu malade et empêche ces parties lacérées et hypertrophiées de devenir peut-être plus tard le siège de néoformations malignes.

M. le D^r^ **Léopold Meyer** (de Copenhague) lit un article qui a pour titre : *Contribution à la pathologie de l'inflammation de la membrane interne de l'utérus, endométrite chronique du corps*. 1° (a) L'on trouve, en général, deux variétés de cellules ou plutot de noyaux, dans les tissus inter-glandulaires : l'une dont les noyaux sont à peu près de la grandeur d'un corpuscule sanguin, se colorent à l'hématoxylin et au carmin, avec des nucléoles présentant rarement une condition granuleuse, l'autre dont les cellules ressemblent beaucoup aux cellules de la caduque. (b) Cette seconde variété se trouve aussi bien chez la femme vierge que chez celle qui a été enceinte. (c) Les deux variétés semblent provenir de cellules qui existent normalement dans le tissu interglandulaire. La membrane normale contient des cellules de la deuxième espèce pendant la menstruation. (d) L'on trouve, en outre, des cellules du tissu conjonctif et des corpuscules sanguins blancs. 2° Dans

l'endométrite chronique, l'épithélium peut garder sa forme caractéristique, mais en général il s'altère.

M. le Dr Alfred C. GARRETT (de Boston) fait une communication sur *le Traitement des tumeurs du sein par l'électrolyse*. Presque toutes les tumeurs du sein encore jeunes guérissent par l'emploi de l'électricité ; aussi doit-on s'efforcer de les diagnostiquer et de les traiter le plus tot possible. Il faut choisir avec le plus grand soin la forme d'électricité et son mode d'application. On se sert de courants galvaniques gradués, qui se donnent à l'aide de grands électrodes mous, qui se placent de chaque côté de la tumeur. L'on permet au courant de passer à travers elle, pendant une demi-heure, à chaque séance. Il faut mesurer la puissance du courant et l'augmenter petit à petit jusqu'à ce qu'on ait une force de 10 à 50 millampères. Sur 186 tumeurs traitées depuis 1864 par l'auteur 157 ont disparu définitivement.

M. le Dr W.-H. WEEKS (de Portland) lit un mémoire sur *le Myome pendant la grossesse*. La question d'une intervention est loin d'être décidée. Doit-on préférer l'avortement ou attendre pour faire une laparotomie au moment des couches ? L'auteur préfère la section abdominale, si l'on n'attend pas trop longtemps pour la pratiquer.

MM. les Drs Graily HEWITT (de Londres) et TRENHOLME (de Montréal) considèrent que le contenu de l'utérus doit être enlevé lentement.

M. le Dr LAWRENCE (de Bristol) examine la question suivante : Doit-on permettre à une femme souffrant d'une tumeur fibreuse de se marier ? Il faut toujours expliquer à la malade les conséquences possibles d'une grossesse et d'un accouchement.

M. le Dr Alexander DUNLAP (de Springfield) lit un article intitulé : *Histoire des premières ovariotomies en Amérique*.

MM. les Drs KIMBALL et BOZEMAN y contribuent de leur expérience personnelle.

M. le Professeur A. CORDES (de Genève) fait une communication sur le *traitement médical local du cancer utérin*. Après quelques remarques préliminaires générales, il attire l'attention sur le fait que les premiers symptômes sont obscurs et que l'hystérectomie est impossible dans certains cas, tels qu'adhérences, extension aux organes environnants. Il recommande alors l'emploi de la térébenthine.

M. le Dr S. LAPTHORN SMITH (de Montréal) lit un article intitulé : *Une nouvelle théorie sur les déplacements de l'utérus ; leur traitement par l'électricité*.

M. le Dr APOSTOLI (de Paris) fait une communication sur *quelques applications nouvelles du courant induit ou faradique à la gynécologie*.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS

M. le Dr Cyrus EDSON (de New-York) lit un mémoire sur le *lait dans les villes*. Il faut en bannir le lait impur ou infecté ; il devrait y avoir une inspection spéciale de tous les troupeaux d'un pays, afin de détruire les animaux souffrant de tuberculose et d'isoler ceux qui sont atteints de maladies contagieuses.

M. le Dr Paul REDARD (de Paris) fait une communication sur le *traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse*. Il préfère la méthode de Ciniselli (de Crémone) ; elle est peu douloureuse et ne laisse pas de cicatrice.

M. le Dr VALCOURT (de Paris) lit un article intitulé : *Le traitement de la tuberculose par les bains de mer*.

M. le Dr Isaac N. LOVE (de Saint-Louis) présente un mémoire qui a pour titre : *La cachexie des enfants*. Il passe en revue une catégorie de cas différents de ceux dont la cause est la tuberculose, la syphilis ou le catarrhe intestinal. Les muscles sont atrophiés, la peau est ridée et desséchée, la figure est fanée et vieille. 1° La cachexie des enfants dépend originellement d'inactivité du système glandulaire ; une alimentation trop abondante ou insuffisante et de mauvaises conditions hygiéniques l'aggravent ; 2° il faut comme traitement stimuler la sécrétion et l'excrétion ; dans ce but, il administre du calomel (3 milligrammes) et des grandes quantités d'eau ; 3° quant au régime, le lait de la mère est de toutes manières préférable, ou il faut avoir une nourrice ; 4° dans les cas dangereux, il faut ordonner des bains contenant de l'alimentation dissoute ou un stimulant, et le massage en modération.

Ensuite on fait la lecture d'un mémoire du Dr WILLIAM HENRY DAY (de Londres), intitulé : *Quelques observations de céphalalgie chez les enfants et leur rapport avec l'éducation intellectuelle*. Le surmenage intellectuel est certainement la cause d'un mal de tête à symptômes nerveux spéciaux.

M. le Dr William D. BOOKER (du John Hopkin's University) lit un article intitulé : *L'étude de quelques-unes des bactéries trouvées dans les selles d'enfants atteints de diarrhée*. Il en a découvert douze espèces différentes ; deux d'entre elles seulement liquéfient la gélatine. Les unes amènent la coagulation de la caséine avec une réaction acide, une seule espèce est accompagnée de réaction alcalme, une donne au lait l'apparence de peptone ; d'autres encore n'y produisent aucune altération.

SECTION DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE MILITAIRES ET NAVALES

M. le professeur Frédéric HYDE (de l'Université de Syracuse, New-York) fait une communication sur le *traitement des plaies pénétrantes des articulations*. Il commence par arrêter toute hémorrhagie et nettoie soigneusement la plaie, qu'il agrandit si c'est utile. Il conseille l'appareil plâtré pour obtenir l'immobilisation du membre.

M. le Dr W.-S. TREMAINE (de l'armée des Etats-Unis) lit un mémoire intitulé : *La laparotomie pour plaies de l'intestin par armes à feu est-elle possible dans la pratique militaire ; sa technique*.

M. le Dr Francis-Patrick STAPLES lit un article qui a pour titre : *Le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen avec plaie de l'intestin*.

M le Dr S.-T. AMSTRONG (de l'armée des Etats-Unis) fait une communication sur *le Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen*. Il varie suivant la partie lésée.

M. le Dr Henry JAMES (de Waterbury) lit un mémoire intitulé : *Des plaies abdominales par armes à feu pénétrantes et non fatales traitées sans laparotomie*. Il a réuni vingt-sept observations, avec dix-huit cas de complications du côté des viscères et des organes du bassin et de l'abdomen. Il n'a jamais pratiqué la laparotomie, sauf pour extirper des fragments d'os, les projectiles ou d'autres corps étrangers.

SECTION DE LARYNGOLOGIE

M. le Dr H.-H. CURTIS (de New-York) étant absent, on lit sa communication sur : *La chirurgie de la cloison nasale et des cornets*.

M. le Dr F. MASSEI (de Naples) a envoyé un article intitulé : *Erysipèle primitif du larynx*. Bien que la maladie soit rare et qu'il n'y en ait pas de description satisfaisante, bon nombre d'auteurs admettent son existence. En général, elle est secondaire à l'érysipèle, qui a pour siège une autre partie du corps ; quand elle débute dans le larynx, elle se développe chez un malade d'hôpital dont le lit est voisin de celui d'un érysipélateux. L'affection peut commencer dans le larynx et attaquer la peau ensuite. En 1885, l'auteur rencontra des cas d'érysipèle du larynx parmi sa clientèle sans qu'il y eut de cause d'infection, et sans qu'elle existât sur d'autres parties du corps. Elle peut s'étendre aux poumons sans qu'il y ait de manifestations extérieures. Les premiers symptômes consistent en difficulté de déglutition, changement de voix et douleurs. Ils s'accompagnent de forte fièvre, L'épiglotte est enflé, la muqueuse laryngée est congestionnée et tuméfiée. L'occlusion de la glotte peut amener la suffocation, l'œdème de la muqueuse des cartillages arythénoïdes et des plis ary-épiglottique entraînent l'aphonie et la dyspnée. L'enflure, qui est précédée par une congestion intense, change de localisation. Il y a souvent une éruption de vésicules. La température varie de 40° à 38°. les glandes lymphatiques environnantes sont impliquées ; lorsque l'affection est suivie de mort, la cause en est la suffocation ou l'extension aux poumons, ce qui se passe souvent chez les vieillards. Le traitement consiste à faire l'application de glace ou de révulsifs au larynx. L'auteur se sert aussi d'une solution de sublimé atomisée de 1 pour 1.200. Lorsque le malade ne peut avaler de la nourriture, même si elle est administrée par un tube et ne peut pas respirer, il faut avoir recours à la trachéotomie.

M. le Dr STOCKON (de Chicago) cite l'observation d'un homme qui l'a consulté pour ce qu'il croyait être un mauvais rhume. La température de 40.4°, pouls 140. Guérison après incubation.

M. le Dr F. LAKMELEDER (de Mexico) a envoyé un mémoire intitulé : *Vingt ans de travaux laryngologiques dans la ville de Mexico*.

M. le Dr F. B. EATON (de Portland), fait une communication sur *le rôle actuel que joue le galvano-cautère dans le traitement des affections des voies aériennes supérieures, avec présentation d'instruments et la lecture d'observations*. On cherche continuellement des méthodes nouvelles pour le traitement du catarrhe nasal ; le médecin doit pourtant se garder d'une médication excessive. Selon l'auteur, le galvano-cautère n'est ni aussi couteux qu'aussi volumineux que beaucoup veulent le prétendre ; les résultats qu'il donne sont toujours satisfaisants, même au delà de ce qu'en attendait l'opérateur. Les malades le préfèrent aux acides, dont il est difficile de limiter l'action, au bistouri, à l'écraseur. Du reste, l'application d'une solution de cocaïne de 20 pour cent rend son emploi indolore. Le galvano-cautère est propre, il ne détermine pas d'hémorrhagie. Si l'on cherche à faire l'ablation de grosses masses osseuses ou cartilagineuses, l'auteur lui préfère la scie. Les hypertrophies doivent se traiter par la ponction et l'incision au cautère, qu'il fait pénétrer en tous sens dans l'intérieur du tissu, ne pratiquant toutefois qu'une ouverture externe. Il se sert aussi de rigoline, d'après la méthode de Jarvis.

M. le Dr R. H. THOMAS préfère pour les hypertrophies considérables l'emploi de l'anse à froid.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

Discussion sur la Section césarienne.

M. le professeur Alexandre SIMPSON (d'Edimbourg) s'accorde avec le docteur LUSK, bien qu'il ne convienne pas que l'on doive abandonner complètement la craniotomie. A Edimbourg elle est rarement indiquée, car les rétrécissements du bassin ne se rencontrent pas souvent. Il divise en deux groupes les cas dans lesquels la laparotomie est indiquée : 1° Lorsque le pronostic est grave à cause de la pré-existence de conditions inflammatoires ou septiques 2° Lorsque nous pouvons choisir pour l'opération un moment et un emplacement tels que nous pouvons être certains de réussir. La méthode que l'on doit choisir est celle de Sänger, à moins que l'utérus ne soit malade et que son ablation ne soit nécessaire. Dans ce cas, il ferait l'opération de Porro.

M. le professeur August MARTIN (de Berlin) considère que la modification de Sänger est très importante, car elle en fait une opération peu dangereuse ; cependant, dans les rétrécissements du bassin peu considérables, l'on doit au préalable avoir recours à d'autres procédés plus simples. L'auteur a opéré dans un cas de grossesse compliqué de myome du col, ainsi que l'a fait aussi Sänger. S'il existe un carcinome des organes pelviens nous devons délivrer l'enfant et essayer de faire l'ablation de la tumeur. Si l'utérus est atteint d'affection septique, il faut l'enlever. Il a opéré sur une femme rachitique atteinte de désordres cardiaques et pulmonaires si graves, qu'il craignait que sa grosesse ne lui fût fatale; il a sauvé l'enfant et la mère, qui est morte ultérieurement d'accidents du côté des poumons. Il faut une connaissance approfondie de la technique ; avec elle l'opération de Sänger ou de Porro est justifiée. Les statistiques de cette dernière sont peu favorables à cause d'opérations italiennes faites dans des conditions déplorables. La section césarienne permet une guérison complète, tandis que l'opération de Porro abolit les fonctions reproductrices de la femme. La laparotomie doit se faire dans les cas où la délivrance, par le bassin, d'un enfant vivant semble impossible, où des néoplatures rétrécissent le diamètre du canal ou compliquent le cours de la grossesse, et où il existe des maladies qui, pendant l'état puerpéral, mettrait en danger la vie de la mère et de l'enfant. Si nous croyons que la mère pourrait supporter une autre grossesse, choisissons la section césarienne; si non, adressons-nous à l'opération de Porro.

M. le Dr Joseph TABER JOHNSON (de Washington) croit comme Lusk et Wathens, que le retard ou l'emploi antérieur d'autres méthodes est souvent fatal. Les résultats étonnants obtenus à l'étranger dépendent de l'habileté déployée par des opérateurs expérimentés.

M. le Dr BALLS-HEADLY (de Melbourne), conseille la section abdominale dans les rétrécissements du bassin et dans le carcinome du col. Pour lui, l'opération est facile.

M. le Dr DOLÉRIS (de Paris), partage l'opinion de Lusk et de Martin. Il conseille l'emploi de la ligature élastique.

M. le docteur W. W. JAGGARD (de Chicago) trouve que dans les cas de rétrécissement où l'enfant peut être délivré par les voies naturelles, il faut tenir compte des considérations suivantes : 1° La craniotomie n'exige pas d'habileté plus grande que celle que possède tout bon obstétricien, s'il a à sa disposition les instruments nécessaires, c'est-à-dire le trépan courbe et le cranioclaste de Braun. 2° La mortalité dans la craniotomie est pour ainsi dire nulle, si elle est pratiquée à temps, avec des précautions antiseptiques. 3° Il est difficile d'obtenir le consentement de la mère, à moins d'employer tous les moyens de persuasion. 4° Il existe beaucoup de sentimentalité à l'égard de la valeur de la vie de l'enfant *in-utero* L'intérêt qu'il excite est purement scientifique, résultant souvent de la satisfaction que l'on éprouve de mener à bonne fin une expérience opératoire difficile.

M. le Dr William T. LUSK (de New-York) dit que les considérations émises par le Dr Jaggard ne coïncident pas avec les faits qu'il a observés dans le cours de ses dernières investigations. La craniotomie est une opération difficile, qui nécessite de l'habileté et l'emploi de bons instruments. La dernière opération a été faite dans la salle commune, avec les précautions usitées dans une laparotomie. La compression qu'exerce la ligature élastique est dangereuse, car elle produit de la paralysie.

M. le Dr J. A. DOLÉRIS (de Paris) lit un mémoire intitulé : *Le traitement et la restauration chirurgicale du col pendant la grossesse*. Il communique une observation dans laquelle le col avait subi une lacération étendue pendant une grossesse antérieure. La malade devint enceinte de nouveau, et souffrait d'un écoulement abondant fétide, probablement blénorrhagique. Il existait de la douleur vaginale intense, et la cicatrice cervicale était très sensible au toucher. Tous les efforts thérapeutiques ayant échoué, il plaça quatre points de suture de chaque côté du col; tampon de gaze iodoformée dans le vagin. Il obtint un résultat excellent, qui n'influa en rien sur la marche de la grossesse. Il a, du reste, opéré plusieurs fois dans des circonstances analogues. Une lacération sérieuse peut amener l'avortement ou une fièvre puerpérale. Au point de vue de l'avortement, le danger suscité par l'intervention est exagéré par la plupart des auteurs.

M. le Dr OPIE (de Baltimore) condamne toute opération sur le col pendant la grossesse, car elle tend à produire un avortement, même lorsqu'elle est pratiquée par un gynécologue habile.

M. le professeur LEISCHMANN (d'Angleterre) est du même avis, bien qu'il admette que c'est peut-être une idée préconçue chez lui.

M. le Dr DOLÉRIS répond qu'il ne conseille l'opération que dans des cas bien déterminés.

M. le Dr Joseph KUCHER MORE-MADDEN (de New-York) lit un mémoire intitulé : *Du rapport de l'atmosphère à la fièvre puerpérale*. Il rappelle l'importance de la ventilation parfaite des maternités, et pose la question suivante : Quelle influence l'air impur a-t-il sur la fièvre puerpérale? L'agglomération de malades dans la même salle ne saurait en être cause sans qu'il eut une source d'infection septique. L'air pur facilite la rapidité de la convalescence.

M. le Dr Thomas MORE-MADDEN (de Dublin) présente un article intitulé : *De la prévention et du traitement de la septicémie puerpérale,* dont la lecture est faite par le secrétaire. Les accidents fébriles qui suivent la grossesse ne sont que les manifestations d'une fièvre puerpérale spécifique, qui prend naissance de trois manières : de l'inoculation par les microbes de maladies cliniquement identiques, telles que l'érysipèle et la scarlatine ; de l'infection par les microbes caractéristiques provenant de malades atteintes de fièvre puerpérale, ou d'auto-infection, causée par un poison qui se développe dans l'organisme de la patiente elle-même. L'observation rigoureuse de précautions antiseptiques et hygiéniques peut réduire au minimum la prévalence et la virulence de la fièvre puerpérale. L'administration, pendant les derniers mois de la grossesse, des chlorates de fer, de potasse et de quinine constitue le traitement prophylactique. L'auteur conseille l'emploi local et général de mesures hygiéniques et antiseptiques : douches intra-utérines journalières de solutions phéniquées et administration de fortes doses d'ergot. Lorsque la maladie s'est déclarée, il a recours à l'alimentation et aux stimulants, aux injections d'eau chaude, et à de fortes doses de quinine et de térébenthine.

M. le Dr Charles WARRINGTON EARLE (de Chicago) lit un mémoire qui a pour titre : *L'étude de certaines questions se rapportant à la fièvre puerpérale, avec mention spéciale de la douche intra-utérine et de la curette.* Il conclut que la maladie est toujours engendrée par des agents d'infection extérieurs ; pour lui, l'auto-infection n'existe pas. Les bactéries peuvent se développer de débris de placenta, de caduque, etc., laissés dans la cavité utérine. Si les accidents ne cèdent pas à la douche intra-utérine, la curette doit être employée; il faut choisir un instrument large et mousse, pratiquer l'opération avec douceur et observer la plus stricte antisepsie.

M. le Dr Lowrey SIBBET (de Carlisle) fait une communication sur la *prévention de la fièvre puerpérale.* Il émet des opinions analogues à celles du Dr Earle.

SECTION DE CHIRURGIE.

M. le Dr W. H. HINGSTON (de Montréal) discute la communication faite hier par le docteur Mc Lean. Il diffère de lui en un seul point : la section abdominale. Il a pratiqué la laparatomie dans trois cas analogues. Deux de ses malades moururent de choc. Le cas dans lequel il fit l'incision lombaire guérit sans complications.

M. le Dr Edmond OWENS (de Londres) remarque que le volume de la tumeur influe sur le choix de l'incision.

M. le Dr HARDY (d'Indianapolis) cite un cas fatal avec incision médiane.

M. le Dr LANGE (de New-York) préfère l'incision lombaire, quitte à inciser la tumeur elle-même si son volume entrave son ablation.

M. le Dr Mc Lean conclut en disant qu'il faut choisir l'incision lombaire toutes les fois qu'elle est possible.

M. le Dr RICHARDSON (de Boston) fait une communication sur *la gastrotomie pour corps étrangers dans la gorge.* Il présente un malade, agé de trente-sept ans, à qui il a fait la gastrotomie pour extirpation d'une plaque dentaire prise dans l'œsophage à 4 centimètres de l'orifice cardiaque. Il fut impossible de découvrir le point d'obstruction lors de l'entrée du malade à l'hôpital ; il fut renvoyé ne souffrant plus et avalant sans difficulté. Onze mois après, il revint se plaignant beaucoup et ayant énormément maigri. L'auteur pratiqua la gastrotomie, avec incision assez grande pour admettre la main, et retira la susdite plaque. Malgré la présence d'un petit abcès, le malade guérit rapidement. S'il avait pu déterminer le siège de l'obstruction, le docteur Richardson est persuadé qu'il aurait pu retirer la plaque à l'aide de pinces. Il a opéré soixante fois.

M. le Dr F. S. DENNIS, après avoir présenté des préparations

des bacilles de la fièvre scarlatine, envoyées par le professeur LEE (d'Edimbourg) lit un article intitulé: *Amputation à l'articulation coxo-fémorale pour sarcome.* Les chirurgiens devraient faire le rapport de cas semblables avec le résultat, car sur vingt-huit observations il n'en a trouvé que deux où les malades soient encore vivants. Il donne les points principaux de l'histoire de son patient, qui est âgé de dix-sept ans. La tumeur était longue de 10 pouces; sa circonférence était de 27. L'opération fut facile et le malade guérit sans accidents. Les considérations suivantes rendent l'observation intéressante. 1° Il n'y avait pas d'antécédents héréditaires ; 2° Il n'y avait pas de cause excitante ; 3° La rapidité du développement ; 4° L'absence de tumeurs secondaires ; 5° La convalescence rapide, car le jeune homme se porte bien ; 6° L'importance de l'hémorrhagie secondaire ; 7° Le pronostic peu favorable; 8° La confirmation du diagnostic par l'examen microscopique ; 9° La limitation de l'abcès au corps de l'os ; 10° L'absence de fracture spontanée du fémur ; 11° Les cellules mixtes volumineuses du sarcome ; 12° L'ablation complète de la tumeur par amputation à l'articulation coxo-fémorale et non au tiers supérieur de la cuisse.

M. Le Dr GARMODY (de New-York) fait une communication sur *le traitement chirurgical de l'aliénation d'origine traumatique par la trépanation.* Il rapporte l'observation d'une jeune femme trépanée dix ans auparavant pour fracture comprimée du crâne ; des symptomes d'aliénation se déclarèrent et l'auteur fit de nouveau la trépanation. Guérison complète.

SIR JAMES GRANT dit que l'individu peu intelligent supporte mieux une fracture du crane que celui qui est bien doué. L'éducation développe la sensibilité du cerveau.

SECTION DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

M. le professeur MENDEL (de Berlin) lit un mémoire intitulé : *L'origine du nerf facial supérieur* avec nombreuses coupes cérébrales.

M. le Dr E.-A. HOMEN (d'Helsingfors) fait une communication sur *les altérations histologiques qui suivent l'amputation de nerfs périphériques, des ganglions spinaux et de la moelle.* L'auteur présente deux séries d'observations, les unes démontrant l'effet de l'amputation sur la moelle, les autres les altérations dans les moignons des nerfs.

M le Dr OTTO lit un travail sur *la coloration de nucléoles par l'aniline.*

M. le Dr J. LANGDON DOWN (de Londres) fait la lecture d'un mémoire intitulé : *Rapports du crâne en forme de proue avec les affections nerveuses.*

Discussion sur *la syphilis dans ses relations avec l'aliénation mentale.*

M. le Dr SAVAGE (de Londres) remarque que son expérience est la même que celle d'autres observateurs, c'est-à-dire que des troubles secondaires légers sont souvent suivis de syphilis cérébrale grave. Il est difficile de différencier la paralysie générale vraie de dégénérescences résultant de syphilis du cerveau. Dans certains cas, la paralysie n'est qu'une complication de la syphilis. La vérole congénitale ne cause que rarement l'idiotie, l'imbécillité et la perversion morale. Les opinions diffèrent à ce sujet. La syphilis peut engendrer l'idiotisme en causant des maladies des méninges ou de la substance cérébrale, ou en détruisant les organes des sens; l'idiotie peut etre secondaire à l'épilepsie syphilitique.

M. le Dr E.-D. FERGUSON (de Troy) cite l'observation d'un paralytique général qui contracta la vérole. Il mourut fou, et l'autopsie démontra des lésions macroscopiques des enveloppes cérébrales et des os craniens.

M. le Dr HURD (de Pontiac) ne doute pas que la manie et la mélancolie puissent résulter de la syphilis. Il cite, à l'appui de son opinion, un cas de manie aigue d'origine distinctement syphilitique.

M. le Dr C.-H. HUGHES (de Saint-Louis) explique la possibilité de guérir l'aliénation mentale d'origine syphilitique par le fait que les lésions ne siègent pas dans la structure même du tissu nerveux, mais dans les parties qui l'enveloppent. Il fait mention de la syphilophobie.

M. le Dr W.-W. GODDING (de Washington) ne connait pas de signes distinctifs qui permettent de porter un diagnostic d'aliénation syphilitique; dans les cas où l'origine est reconnue, le traitement donne de bons résultats.

M. le Dr SPITZKA (de New-York) a vu un cas de fièvre dans la syphilis secondaire, accompagné de délire violent; il n'a pu en trouver un autre dans la littérature médicale.

M. les Drs E.-N. BRUSH (de Philadelphie), T.-W. FISHER (de Boston) et BROWN (de Barre) prennent part à la discussion.

M. le Dr SAVAGE discute *l'aliénation mentale causée par la syphilis aiguë.* Elle est rare; la vérole se conduit ici plutot comme agent moral, qui contribue au développement des troubles psychiques que comme poison spécifique. Le Dr Savage passe ensuite à *l'épilepsie syphilitique, avec ou sans aliénation mentale.* L'épilepsie n'est souvent qu'un des symptomes d'une affection nerveuse, telle que la paralysie générale, l'ataxie locomotrice, etc. Il a vu plusieurs cas où les altérations macroscopiques faisaient entièrement défaut. Le Dr Savage remarque que la syphilis peut donner lieu à une faiblesse mentale progressive, qui est quelquefois précédée de monoplégie, d'hémiplégie, d'aphasie, etc., ou encore de troubles sensitifs, tels que cécité ou surdité temporairess.

MM. les Drs CHANNING et GUNDRY font part de leurs expérience.

M. le Dr SAVAGE passe ensuite à la discussion de *la pathologie générale de l'aliénation mentale, accompagnée de syphilis.* Il existe dans certains cas un élément moral qui produit soit de l'hypochondrie soit de la mélancolie, qui peut, du reste, être causée par la cachexie syphilitique. Les altérations vasculaires donnent lieu à des groupes d'accidents de nature diverses. Les gourmes sont rares ; les altérations des méninges sont fréquentes.

M. le Dr SPITZKA cite l'observation curieuse d'un acteur qui présentait des accidents indéfinis ressemblant à des attaques de petit mal. Le réflexe rotulien était aboli.

M. le Dr INGRAM (de Washington) fait une communication intitulée : *Plaies par armes à feu de la moelle épinière.*

SECTION DE PATHOLOGIE

M. le Dr POUZET (de Cannes) fait une communication sur *la Pigmentation de la peau aux articulations phalangiennes, dans la chlorose.* Il attire l'attention sur la pigmentation particulière qui existe dans certains cas et que Bouchard a observée le premier.

M. le Dr Thomas TAYLOR (de Washington) lit un mémoire sur *la cristallographie des graisses.*

M. le Dr GRANT (Bey) lit ensuite un article du Dr Kartulis (d'Alexandrie) intitulé : *L'étiologie de l'abcès du foie.*

M. le Dr Charles W. EARLE (de Chicago) fait une communication sur *la Dégénérescence fibreuse du pancréas.*

M. le Dr John WORTH (de Keokuk) lit un travail sur *des Relations pathologiques des ptomaïnes et des leucomaïnes.*

M le Dr Victor VAUGHAN (de l'Université de Michigan) lit un mémoire sur *le Tyrotoxycon.*

SECTION D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET INTERNATIONALE

M. LE PRÉSIDENT lit un article du Dr B.-W. RICHARDSON (de Londres) sur *la croissance de la médication préventive en Grande-Bretagne.*

M. le Dr DOMINGOS FREIRO (de Rio de Janeiro) fait une communication sur *la vaccination dans la fièvre jaune.* L'inoculation au virus atténué donne l'immunité.

M. le Dr FREIRE montre des préparations microscopiques des microbes de la fièvre jaune.

SECTION DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE MILITAIRES ET NAVALES

Discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. le Dr Thomas G. MORTON (de Philadelphie) remarque que le premier point à prendre en considération est l'état général du malade; le succès de l'opération en dépend grandement. Puis il faut être certain qu'il existe une perforation de l'intestin ou d'un autre organe abdominal ; si le chirurgien en est persuadé, il ne doit pas hésiter à opérer, car le danger d'une hémorrhagie ou de l'extravasation de matières fécales dans le péritoine est toujours présent. Il conseille une large incision et le lavage de la cavité avec une solution chaude de sublimé au dix millième. L'opération ne pourrait se faire que difficilement sur le champ de bataille, mais elle ne serait pas impossible.

M. le Dr MORTON est partisan de la laparotomie dans la perforation de la fièvre typhoïde.

M LE PRÉSIDENT. Dr SMITH, partage les vues émises par le Dr Morton, qui a eu des succès très grands dans le traitement des plaies abdominales.

M. le Dr MOORE (de Richemond) fait une communication sur *le Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu.* Il donne des chiffres tirés des statistiques des armées française et anglaise. Aucun chirurgien n'a eu l'expérience voulue dans cette opération relativement nouvelle pour trancher la question. Le diagnostic de perforation est en lui-même difficile à faire. L'incision doit être aussi petite que possible.

MM. les Drs VARIAN, WATSON et BENTLEY discutent ce mémoire.

Séance du jeudi 8 septembre (4e journée).

SÉANCE GÉNÉRALE.

M. le Dr A. Y. P. GARNETT (de Washington), propose la résolution suivante, qui est adoptée à l'unanimité : *Vu qu'il y aura dans la ville de Washington en 189[illegible], une fête interna-*

tionale en l'honneur du 400me anniversaire de la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb, et une exposition d'histoire, des arts et des industries de toutes les nations, il est résolu que le Congrès international de médecine et de chirurgie approuve cette entreprise patriotique et la recommande aux nations du monde entier.

Puis on passe à la nomination d'un Comité qui décidera où le prochain Congrès doit se réunir : République Argentine : Dr Villa (de Buenos-Ayres). — Autriche-Hongrie : Dr Farkas (de Buda-Pesth). — Belgique : Dr Gervais (d'Anvers). — Brésil : Dr Freire (de Rio-Janeiro). — Chine : Dr Boone (de Shanghaï). — France : Dr LANDOLT (de Paris). — Empire d'Allemagne : Dr Martin (de Berlin). — Grande-Bretagne : Dr Pavy (de Londres). — Italie : Dr Semmola (de Naples). — Japon : Dr Saiga (de la Marine impériale). — Mexique : Dr Alvarado (de Mexico). — Russie : Dr Reyher (de Saint-Pétersbourg). — Espagne : Dr Lalcarda (de Séville). — Suède et Norwège : Dr Tillman (d'Halinstadt). — Suisse : Dr Cordes (de Genève). — Turquie : Dr Post (de Beyruth). — États-Unis : A. L. Gihon (de la marine des États-Unis). — Égypte : Dr Grant-Bey (du Caire).

Ensuite le Dr P. G. UNNA (de Hambourg) fait un discours en allemand sur les *relations de la dermatologie à la médecine*. Il s'efforce de prouver que tout médecin trouvera un grand intérêt à ce que la dermatologie soit étudiée d'une manière plus sérieuse et plus générale. La dermatologie est encore dans son enfance ; son développement a été entravé par les grandes difficultés qui se présentent dans l'étude des maladies de la peau, difficultés qui dérivent de sa position externe et de sa structure compliquée. L'auteur montre, en détail, les différences dans l'apparence des symptômes suivant la région qu'occupe la maladie, les changements qui se produisent dans les symptômes avec le développement des maladies de la peau, les variétés engendrées par l'influence d'agents extérieurs, du climat, de la saison, du pays, des races, du sexe et de l'âge. Parmi les agents externes, nos connaissances actuelles nous forcent à placer les parasites au premier rang. L'analyse minutieuse de chacun des symptômes d'une affection cutanée peut seule nous aider à surmonter ces difficultés. Les progrès qui se feront dans ce sens seront d'une grande utilité pour la pathologie générale et la thérapeutique, car les faits peuvent se prouver à l'œil nu. L'étude approfondie de la dermatologie contribuera à l'avancement des autres branches de la médecine (la pathologie interne aussi bien que la chirurgie), car elle occupe une position intermédiaire entre elles. L'orateur voudrait que des expériences pathologiques et thérapeutiques se fissent sur la peau humaine, et non sur des animaux ; cette méthode a déjà amené la découverte de faits nouveaux, ainsi que le prouvent les exemples qu'il en donne. La création de chaires nouvelles et de laboratoires spéciaux ne suffit pas à l'investigation sérieuse des maladies de la peau : il faudrait fonder un institut central ou des savants renommés travailleraient ensemble et où seraient réunis toutes les méthodes et tous les moyens qui facilitent l'étude. La dermatologie sera considérée alors comme une des spécialités médicales les plus importantes et elle pourra contribuer à l'avancement de la science dans toutes ses branches. L'orateur émet le vœu que les États-Unis, qui ont tant fait pour l'avancement de la science, seront les premiers à faire un effort vers l'accomplissement de cet idéal.

SECTION DE PATHOLOGIE

M. le Dr Léopold GERVAIS (d'Anvers) rapporte *deux ablations du maxillaire supérieur*. Elles furent pratiquées pour tumeurs malignes et donnèrent toutes deux de bons résultats.

M. le Dr JACKSON (de Norfolk) lit un article intitulé : *Les moyens naturels qui montrent les processus vitaux des organismes pathologiques.*

Puis le Dr Henri F. FIRMAD (de Philadelphie) présente un mémoire sur *l'anatomie pathologique de l'alcoolisme.*

M. le Dr N.-S. DAVIS. Jr. (de Chicago) lit un article sur *la Digestion cellulaire et son utilité dans les processus pathologiques.*

SECTION D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET INTERNATIONALE

M. le Dr TOMASO CRUDELI (de Rome) présente un mémoire intitulé : *Faits et théories se rapportant à la cause, la nature et la prévention de l'intoxication paludéenne.*

M. le Dr George J. MAXWELL (d'Ocala) fait une communication sur *l'Influence du climat sur la production du choléra infantum.* Il considère la chaleur comme facteur principal.

M. le Dr A.-N. BELL (de New-York) lit un mémoire qui a pour titre : *L'historique et l'application pratique de la [illegible] comme agent de désinfection.* Puis on passe à la lecture des articles suivants :

De l'inspection sanitaire des chemins de fer et des trains, par le Dr Harvey REID (de Mansfield).

L'hygiène publique, par le Dr W.-C. COOK (de Nasville).

L'histoire clinique de la fièvre paludéenne continue, par le Dr B.-D. TAYLOR (de l'armée des États-Unis).

Nouvelle méthode pour découvrir la Trichina spiralis, par le Dr James A. CLOSE (de Toronto.)

SECTION DE MÉDECINE

M. le Dr Ephriam CUTTER (de New-York) lit un mémoire intitulé : *la Morphologie du sang chez le rhumatisant.*

M. le Dr MARIANO SEMMOLA (de Naples) fait une communication sur *la Pathogénèse de l'albuminurie.*

M. le Dr R. SINGLETON SMITH (de Londres) lit ses *notes sur le traitement de la phthisie, surtout par la méthode des injections intra-pulmonaires.* Il croit au succès d'une médication qui cherchera la destruction directe du bacille. Il a essayé les injections gazeuses du rectum sans aucun succès. L'iodoforme est la meilleure substance pour injections dans le parenchyme pulmonaire, car son administration interne dans les affections des poumons cause une augmentation dans le poids, une amélioration de l'appétit et une diminution de la température. La vérité de ces assertions est prouvée par une série de d'expériences faites au sujet de cet agent thérapeutique, qui fut proposé en 1878 par le professeur Semmola et présentées au Congrès international de 1884. Le résultat clinique est le seul que nous cherchions ; nous ne tiendrons donc pas compte des objections qu'on a faites à l'iodoforme, à cause de son pouvoir germicide relativement faible. La grande difficulté est d'arriver à le dissoudre ; l'éther produit des troubles cérébraux qui effraient le patient et le découragent à se remettre fréquemment aux injections. L'eucalyptol est irritant ; on cite deux cas où il aurait engendré une attaque de pleurésie aiguë. L'huile de vaseline seule ou en combinaison avec l'eucalyptol, a été aussi employée. La question est loin d'être résolue. Il déconseille l'emploi de solutions contenant de l'iode ou du bichlorure de mercure ; il fait l'essai sous-cutané du liquide qu'il se propose d'employer avant de pratiquer l'injection intra-pulmonaire. Si l'iodoforme donne de bons résultats, administré intérieurement, il est évident qu'il en donnera de meilleurs encore s'il arrive au foyer du mal. Les injections ne présentent qu'un danger relatif, car même les pleurésies qu'elles causent guérissent très rapidement. Cependant l'auteur ne conseille pas leur emploi dans les cas désespérés ou chez les malades dont les accidents cèdent à d'autres moyens plus simples. Le président adresse des compliments au Dr Smith.

Le Dr TRUAX n'a pas confiance dans l'iodoforme. Il a cultivé des bacilles tuberculeux dans une solution iodoformée.

M. le Dr PAVY (de Londres) fait une dissertation sur *le diabète*. La diabète a toujours été considéré comme une maladie obscure ; il présente, en effet, un champ d'investigation minutieuse et patiente. Elle consiste en une assimilation fautive de la nourriture. Les aliments se divisent en azotés graisseux ou hydrocarbonatés ; cette dernière classe nous intéresse surtout dans le diabète. L'amidon, la dextrine, les sucres de lait et de canne en sont les éléments principaux, et ce sont eux qui causent le diabète. Dans l'état normal, les hydro-carbures sont absorbés dans la veine-porte et passent par le foie, où ils sont assimilés. Les expériences dans lesquelles du sang défibriné ou de l'oxygène a été injecté dans la veine-porte ont été suivies de traces notables de sucre dans les urines. La respiration forcée, qui super-sature le sang d'oxygène, donne des résultats analogues. Il en est de même de la paralysie vaso-motrice des vaisseaux hépathiques qui permet l'accumulation d'une masse excessive de sang et en empêche la désoxygénation suffisante. Les hydro-carbures se convertissent en sucre et passent dans la circulation générale. Dans sa célèbre expérience de piqûre du plancher du quatrième ventricule, Bernard remarqua une paralysie vaso-motrice des vaisseaux hépathiques. Il est à noter dans le cas de paralysie vaso-motrice du système chylopoétique ou la langue est rouge, que la maladie est très sévère, probablement parce que la maladie a envahi l'organisme en entier. Chez l'individu sain, il n'y a qu'une trace de sucre dans le sang et dans l'urine : d'après la quantité que contient cette dernière on peut juger de la proportion de sucre qui se trouve dans le premier. Dans le diabète le sucre va directement au sang, sans subir un processus d'assimilation dans le foie. Dans l'état santé il est arrêté avant qu'il n'arrive à la circulation générale, mais dans le diabète il existe dans le sang en proportion directe avec la quantité d'hydro-carbures qui ont été ingérés ; du reste, par moment, l'individu sain qui en aura mangé une grande quantité aura dans son urine une proportion notable de sucre, car le pouvoir d'assimilation du foie a une limite normale, qui, une fois dépassée, engendre le diabète. Le foie est un organe producteur de graisse plutôt que de sucre, transformant l'amidon en sucre, puis en graisse. Ses artères sont petites, ses veines grandes, et le contenu de la veine-porte doit être dans un état veineux marqué pour qu'il n'y ait pas de sucre dans la circulation générale. Le diabète est d'origine nerveuse ; et il est bien établi que les influences nerveuses influent d'une manière très marquée sur l'état du malade.

L'urine doit être examinée immédiatement et l'analyse doit être quantitative pour que nous puissions nous rendre compte de la marche de la maladie. Il faut recommander au malade de conserver l'urine du soir et celle du matin, car il se fait souvent qu'elle ne contienne du sucre qu'après l'ingestion d'hydro-carbures. Le réactif le plus sûr est probablement la solution de Fehling, à laquelle on fait objection parce qu'elle donne souvent à l'ébullition un précipité qui amène la réaction. C'est pourquoi le docteur Pavy se sert de tablettes qu'il peut faire dissoudre au moment où il veut s'en servir. Lorsque nos malades viennent nous consulter, nous leur disons, grâce à l'analyse quantitative, ce qu'ils ont mangé, et nous pouvons le faire avec plus de sûreté en ayant recours à la méthode de la décolorisation, qui se fait de la manière suivante : On fait bouillir la solution de cuivre, et on verse l'urine d'une pipette graduée, goutte à goutte, jusqu'à ce que la solution ait perdu toute couleur. La quantité d'urine nécessaire pour décolorer une quantité donnée de solution nous indique la quantité de sucre qu'elle contient L'urine diabétique contient souvent de l'albumine qu'il faut rechercher avec l'acide citrique et le ferrocyanure de sodium. Le diabète varie en intensité; il se déclare d'abord par le fait d'une assimilation fautive ; dans le cours de la maladie cependant les tissus eux-mêmes produisent du sucre. L'age a une influence très grande ; 45 pour cent des cas se trouvent entre les âges de quarante et de soixante ans. Le pronostic est grave chez les patients jeunes, qui meurent généralement en deux ans. L'affection se déclare souvent d'une manière si bénigne qu'elle n'est pas diagnostiquée. Dernièrement le docteur Pavy a observé des diabétiques qui avaient toute une série d'accidents ataxiques, qui sont probablement analogues à une névrite périphérique Chez les malades jeunes nous ne pouvons qu'enrayer le mal et non le guérir ; il a une marche ressemblant à celle de l'atrophie musculaire progessive ou de l'ataxie locomotrice. Nous pouvons faire beaucoup de bien au diabétique âgé, en lui indiquant un régime convenable, composé exclusivement de viande, d'œufs, de beurre, etc. Le pain d'amandes est le meilleur, ne contenant que 8 pour cent de substance hydro-carbonatée. Comme médicaments le docteur Pavy administre l'opium, la morphine et la codéine, qui, croit-il, ont peut-être une influence spéciale sur la maladie.

MM. les Drs Herrick, Arnold, Truax, Miller et Holton posent quelques questions peu importantes.

M. le Dr Stockmann lit un mémoire du Dr W. Philips (d'Edimbourg) intitulé : *L'étiologie de la phtisie*. Les ptomaïnes en sont les principaux facteurs étiologiques, car lorsqu'on en pratique l'injection chez les animaux, ces derniers présentent tous les symptômes de la maladie. Selon l'auteur, l'atropine agit comme contre-poison.

M. le Dr Herrick (de Cleveland) ne croit pas que le bacille en lui-même puisse causer la tuberculose.

MM. les Drs Whitmarsh, Arnold et Truax croient au pouvoir des micro-organismes.

M. le secrétaire lit un article du Dr Neftel, intitulé : *Quelques considérations sur la pathogénèse des maladies des femmes*. Les expériences tendent à démontrer que la compression du thorax donne lieu à la phthisie et à l'albuminurie, causée par la congestion veineuse. Puis il fait allusion aux effets nuisibles qui découlent de l'usage des corsets et des bottines à hauts talons.

MM. les Drs Herrick et Price considèrent que des expériences sur les animaux ne peuvent, dans ce cas s'appliquer à l'espèce humaine.

Section de chirurgie

M. le Dr Burney fait, pour le Dr Richardson (de Saint-Louis), la lecture d'une *Observation de gastrotomie pour corps étrangers fixés dans la gorge*. Il cite aussi un cas à lui où le malade avala un couteau de table. L'auteur ne croit pas à l'efficacité de la suture continue.

Discussion du mémoire du Dr Dennis.

MM. les Drs Mac Lean, Weeks et Manley approuvent le procédé suivi par l'opérateur.

M. le Dr Reyher a eu les meilleurs résultats avec la méthode de Lister.

M. Le Dr N. Smith préfère l'opération de Brodie et la compression digitale pour obtenir l'hémostase.

Discussion du mémoire du Dr L. H. Sayre (de New-York).

M. le Dr Springler remarque que les trois cinquièmes des cas guérissent par première intention.

Discussion sur l'*aspiration de l'articulation coxo-fémorale*, par le Dr Benton.

Le Dr Owen rappelle que la ponction et l'introduction du trocar, même si elle ne fait pas de bien, n'est aucunement nuisible.

M. le Dr Burney, en parlant de la communication du Dr Garmony, cite l'observation d'un jeune garçon qui, après une fracture du crane, fut saisi d'accès épileptiques. Il l'a trépané deux fois; il s'est échappé une grande quantité de liquide cérébro-spinal, et depuis lors le malade va mieux.

M. le Dr Manley (de New-York) fait le rapport d'une observation de *Plaie par arme à feu du gros intestin. Laparatomie. Guérison*. L'opération fut pratiquée deux fois. Elle est plus dangereuse chez l'homme à cause du type abdominal de la respiration. Pour éviter la production subséquente d'une hernie ventrale, l'incision doit être si courte que possible. Le drainage de la cavité n'est pas nécessaire

M. le Dr Robert Newmann (de New-York) fait une communication sur l'emploi de la *sonde galvano-cautère*. Elle est surtout utile dans l'hypertrophie de la prostate. On doit en faire usage dans des intervalles de trois à six jours, le cautère n'étant pas chauffé tout à fait à rouge. Il ne se produit ni hémorrhagie ni septicémie.

M. le Dr Carnochan (de New-York) présente une pièce curieuse qui montre l'*union osseuse du col du fémur à l'intérieur de la capsule*, chez une femme de soixante-dix ans, traitée avec beaucoup de soins.

M. le Dr F. Lemoyne (de Pittsburg) fait la démonstration d'un *appareil spécial pour le traitement des fractures du fémur*. Il fait une incision, excise l'extrémité d'un des fragments en forme de coin, et l'autre s'y adapte Il perfore les deux extrémités à un pouce et demi du siège de fracture. Une tige d'acier est placée de manière à ce que deux prolongements, qui en partent à angle droit, se fixent dans les deux trous. La plaie est réouverte au bout de neuf semaines et l'appareil est enlevé.

M. le Dr Manley trouve que la suture osseuse donne d'excellents résultats, et que l'on peut parfaitement laisser les fils de fer à demeure.

MM. les Drs Gibson, Myers et Quimby discutent la communication du Dr Lemoyne.

Section d'obstétrique.

M. le Dr Emile Poussie (de Paris) fait quelques remarques sur *La fièvre typhoïde chez la femme puerpérale*. Le cas est intéressant au point de vue du diagnostic différenciel entre la fièvre typhoïde et la septicémie.

M. le Dr Alexandre Simpson (d'Edimbourg) rappelle combien il est important de distinguer entre les diverses formes de fièvre puerpérale. La fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole peuvent se déclarer à la suite de couches. Elle sont en général rapidement fatales.

M. le Dr Graily Hewitt (de Londres) remarque que le progrès accompli dans le traitement de la fièvre puerpérale consiste dans la prévention de l'introduction d'un élément septique dans le sang. Lorsque l'utérus ne se contracte pas fortement, la septicémie se déclare facilement, car c'est là la porte d'entrée du poison. Le traitement général tonique de la malade, pendant les derniers mois de la grossesse, encourage la contraction de l'utérus après l'accouchement.

M. le Dr Hewitt est partisan de précautions antiseptiques, d'injections vaginales, et, s'il est nécessaire, de douches utérines faites avec le tube de Budin. Il conseille l'emploi de stimulants à fortes doses.

M. le Dr W. W. Juggard, (de Chicago) proteste contre l'emploi journalier de la douche. Il fait un seul lavage de l'utérus avec une solution faible d'acide phénique et y introduit 4 ou 5 grammes d'iodoforme.

La propreté et l'antisepsie ont permis au docteur J. F. S. Payne (de Galveston) de n'avoir qu'un cas de septicémie pendant une pratique de vingt-cinq ans.

M. le Dr D. J. Nelson a essayé la méthode de Bourgeon dans la fièvre puerpérale, mais sans succès dans son premier cas. Dans le second, la malade guérit.

M. le Dr Lloyd Roberts (de Manchester) se sert de quinine, d'irrigation et de la curette.

M. le Dr Cameron (de Montréal) partage les vues du docteur Juggard.

M. le Dr Rodney Glisan, (de Portland) fait une communication sur *l'obstétrique conservatrice*; *mention spéciale sur l'extirpation des caduques et sur le traitement de la troisième période du travail*. Il considère qu'il est dangereux d'attendre pour enlever les caduques après l'avortement, ou le placenta après l'accouchement, à moins que le médecin ne soit constamment auprès de sa malade. Leur extirpation doit se faire dans tous les cas où le col est dilaté ou peut se dilater, surtout lorsqu'il ne se produit aucun accident. Le seul instrument qu'il veuille employer est le doigt. Pour enlever le placenta pendant le travail il se sert de la méthode de Credé. La traction douce du cordon ne saurait être nuisible.

M. le Dr Graily Hewitt s'accorde avec l'auteur.

M. le Dr Edward Henry Trenholme (de Montreal) présente un mémoire sur *l'hémorhagie utérine interne, résultant de la dis-*

tension excessive de l'utérus par l'hydramnios. La nutrition de la caduque est entravée par la distension au point de causer sa rupture avec hémorrhagie. Le sang s'infiltre dans les couches des membranes ou se coagule. L'accouchement provoqué est le seul traitement rationnel.

M. le Dr W. T. TAYLOR (de Philadelphie) lit un mémoire posthume, sur *les impressions maternelles influant sur le fœtus*.

M. le Dr William T. STEWARD, (de Philadelphie) lit un article intitulé : *De l'importance d'un diagnostic correct dans la grossesse ; observation d'un cas de rétroflexion de l'utérus gravide avec acouchement à terme*. Le diagnostic de tumeur fibreuse avait été porté par d'habiles gynécologues, qui avaient conseillé l'hystérectomie. L'auteur trouva l'utérus rétrofléchi ; accouchement à terme d'un enfant vivant.

M. le Dr Alexandre SIMPSON admet que le cas est extrêmement rare.

M. le Dr John BARTLETT, (de Chicago) fait une communication sur *la méthode de Deventer pour la délivrance de la tête dans les présentations du siège*. Deventer parle avec confiance de la facilité de la version podalique et de la délivrance de la tête ; sa méthode est décrite dans l'ouvrage de Smellie. Le corps de l'enfant est porté en arrière vers le périnée afin de dégager l'occiput de la concavité des branches pubiennes ; la surface antérieure du cou repose sur le périnée. Il ne faut pas amener les bras, mais les laisser dans leur position sur les côtés de la tête. Il pratique la traction en arrière du corps, la pression immédiatement au-dessus du pubis. Deventer n'a jamais perdu un enfant ; le périnée n'est jamais déchiré. Les bras protègent la tête et forment un passage pour la sortie du cordon.

M. le professeur SIMPSON respecte l'opinion d'un auteur aussi consciencieux que Deventer, mais voudrait avoir une démonstration pratique de la valeur de sa méthode.

MM. les Drs A.-F.-A. KING, PARKES et JONES ont employé cette méthode sans la connaître et sans apprécier exactement ses avantages.

MM. les Drs J.-E. KELLY (de New-York) lit un mémoire intitulé : *La diathèse urique pendant la grossesse*. Le sang présente des altérations qui correspondent à la diathèse arthritique, ainsi que le démontrent les phénomènes gastriques et arthritiques qui se développent pendant la grossesse. Il indique les influences qui produisent cet état.

M. le Dr CHRISTIAN (de Wyandotte) lit un article de statistique sur *la proportion et les causes des naissances d'enfants mort-nés*.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS

M. le professeur Albert-R. LEEDS (du Stevens Institute, de New-Jersey) lit un mémoire sur *l'alimentation des enfants*. Il a fait l'analyse de 80 spécimens de lait humain, afin d'arriver aux données nécessaires à la fabrication d'une bonne alimentation artificielle. Le lait de la femme diffère du lait de la vache dans la proportion et dans la digestibilité de la caséine, qui est contenue en quantité moins grande et qui est plus digestible dans la première que dans la seconde. Il croit avoir trouvé la solution du problème en faisant digérer la caséine à l'aide d'une poudre peptogénique, qui s'obtient facilement, qui est d'une force constante, et grâce à laquelle, avec l'aide de la chaleur, la caséine est réduite en cinq minutes. Avant la cuisson, la proportion de caséine avait été diminuée par l'addition d'eau ; il y avait ajouté de la crème pour y rétablir la proportion normale de graisse. Ce procédé, croit-il, donne une alimentation artificielle presque parfaite.

M. le Dr CORDES (de Genève) lit un article du professeur d'Espine, de Genève, qui a pour titre : *Observations sur la pneumonie vraie ou lobaire chez les enfants*. Il existe chez les enfants une forme spéciale de pneumonie vraie, que l'on peut appeler centrale, d'après sa localisation, congestive, d'après la violence des phénomènes inflammatoires, et abortive quand sa durée se limite à deux ou trois jours. Elle se rencontre au sommet et dans l'intérieur du lobe supérieur ; on constate difficilement des signes physiques. L'examen microscopique des crachats démontre la présence du bacille qui se trouve ordinairement dans la pneumonie. La terminaison est exceptionnellement fatale et si elle l'est, des complications en sont la cause. Elle est quelquefois précédée de gangrène ou d'hépatisation grise. Le traitement doit tendre à faire diminuer l'inflammation : bains tièdes, compresses de Preissnitz, etc.

M. le Dr Henri ASHBY (de Manchester) fait une communication sur *la néphrite de la scarlatine au point de vue clinique et pathologique*. Il donne les résultats fournis par quinze cents cas observés par lui dans les salles et dans l'amphithéâtre du Pendlebury Hospital for Sick Children. La maladie existe sous trois formes : 1° Forme primitive peu importante ; 2° Forme septique, avec altérations pathologiques, accompagnées de symptomes analogues à ceux de tout autre septicémie, se déclarant dans la seconde ou la troisième semaine. Les reins fonctionnent cependant assez bien, la quantité d'urine ne diminue pas, l'œdème et les accidents urémiques sont absents ; 3° La néphrite post-scarlatineuse ou néphrite de la convalescence est beaucoup plus importante ; elle se montre du seizième au vingt-quatrième jour. Les reins sont déjà affaiblis et sont sujets à des inflammations fibrineuses et croupales. Les cas légers de scarlatine sont plus rarement suivis de néphrite que ne le sont les cas graves ; celle-ci varie beaucoup d'intensité. Les premiers signes sont la diminution de l'urine et l'enflure de la face, qui peuvent se montrer plusieurs jours avant l'albumine. Les cas présentent de grandes différences au point de vue de la quantité d'albumine et de son poids spécifique. La quantité d'urine continue à diminuer, l'œdème se montre, les vomissements et les accidents urémiques se déclarent, lorsque subitement il y a une crise, comme celle de la pneumonie ; l'enfant passe d'énormes quantités d'urine trouble, et il entre en convalescence.

M. le Dr Frank GRAUER (de New-York) lit un mémoire sur *les caractères anatomiques de la néphrite scarlatineuse*. L'auteur a étudié surtout la variété connue sous le nom de glomérulo-néphrite aiguë de Klebs. Les reins sont gros et congestionnés ; leur substance corticale est quelquefois normale, quelquefois épaissie, avec saillie des glomérules qui ont augmentés de volume et qui ne contiennent pas de sang. Bien qu'il ait noté l'enflure et la prolifération de l'épithélium glomérulaire, il ne croit pas que ce soit là la cause de l'obstruction de la circulation capillaire, car dans les préparations qu'il a examinées, les anses des capillaires étaient plus volumineuses qu'à l'état normal, ce qui démontre que la pression vient de l'intérieur et non de l'extérieur. Il croit que l'obstruction est causée par la prolifération et l'épaississement des cellules endothéliales. L'hypertrophie du ventricule gauche, qu'il a observée dans tous ses cas, provient de la présence d'un élément toxique dans le sang et de l'obstruction de la circulation dans les corps de Malpighi qui force le cœur gauche à faire plus de besogne. Le terme glomérulo-néphrite doit être appliqué à ces cas seuls.

(*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 octobre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. LE PRÉSIDENT déclare une *vacance* dans la section d'anatomie et de physiologie.

M. HARDY, à l'occasion de la récente communication de M. Verneuil, *sur les ulcérations imaginaires de la langue*, déclare qu'il a observé cette affection plus fréquemment chez les névropathes que chez les arthritiques, et estime, avec M. Fournier, que l'hypéresthésie buccale peut être regardée comme le prodrome d'affections nerveuses ultérieures. M. Hardy a rencontré souvent cette affection chez des syphilitiques qui avaient pris pendant longtemps du mercure. En un mot, il y a là une névrose, une hypéresthésie qui peut être la conséquence d'un usage prolongé du mercure. C'est une maladie rebelle qui engendre de la monomanie. Comme traitement, M. Hardy préconise les alcalins, les badigeonnages de glycérine additionnée d'acide phénique, et les préparations arsenicales. Le meilleur remède enfin, c'est le temps.

M. LUYS a rencontré cette affection chez les hypochondriaques, ou comme le prodrome de la paralysie générale, ou comme un symptôme concomitant de certaines névroses localisées. M. Luys pense que le principal remède c'est le temps. Toutefois, il conseillerait volontiers l'hydrothérapie.

M. ERNEST BESNIER est d'avis que cette affection a déjà été décrite sous la dénomination de glossodynie et dénoncée comme pouvant être le prodrome d'une affection nerveuse.

M. VERNEUIL lit une note de M. Diday (de Lyon), par laquelle ce savant médecin a surtout vu le siège des lésions imaginaires de la langue rapporté au tiers postérieur de l'un des bords de l'organe. La plupart du temps, ces prétendues ulcérations sont, pour ceux qui croient les porter, des manifestations de syphilis, d'où l'indication formelle de proscrire les préparations mercurielles et iodiques. Le mieux est de s'en tenir aux sédatifs locaux et au traitement moral.

M. VERNEUIL ne pense pas qu'il convienne de proscrire toute intervention chirurgicale.

M. CHARPENTIER fait, au nom de M. Queirel, une com-

munication sur le *mécanisme de l'accouchement dans les bassins normaux et rétrécis*. Les conditions qui peuvent faciliter ou empêcher la rotation sont très complexes, et, si l'on se basait sur le volume de la tête pour poser un principe, une règle générale, on risquerait de voir les faits donner de nombreux démentis, même dans les bassins rétrécis.

M. JAVAL fait une communication sur la *myopie scolaire*. La myopie se développe chez les enfants qui lisent dans de mauvaises conditions. Il est possible de supprimer la myopie, à la condition que les enfants soient examinés dès que les premiers symptômes de cette lésion apparaissent. Il convient alors de faire porter un verre, permettant de voir de près sans faire usage de l'accommodation. Les myopes peuvent être divisés en deux catégories : l'une, pour laquelle la plus grande sévérité devait être de règle; l'autre, chez laquelle il est permis d'être plus large. Il est des cas où les verres correcteurs doivent être prescrits; il en est d'autres où ils peuvent être supprimés.

M. CHAUVEL communique deux observations *d'extraction tardive de projectiles enclavés dans les os de la face*. Dans les coups de feu de la face, lorsque le projectile, enclavé dans les os, peut être retiré sans danger, son extraction immédiate paraît indiquée. Quand le projectile abandonné dans les parties, détermine des accidents secondaires, persistants, le chirurgien ne doit pas compter sur le temps pour amener la cessation des troubles morbides; il doit intervenir et extraire le corps étranger. Ces règles s'appliquent à toutes les régions où les conditions anatomiques, comme à la face, rendent toujours très difficile et le plus souvent impossible, l'asepsie du foyer traumatique.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. LE PRÉSIDENT lit une courte notice nécrologique sur M. GIRAUD-TEULON, membre de la Société, et M. MAUNOURY père, correspondant de la Société.

M. KIRMISSON, à propos du procès-verbal, raconte le fait suivant : Un garde-chasse, par accident, se tire un coup de fusil dans l'aisselle gauche. Contusion du plexus brachial, section de la veine et de l'artère axillaires (hémorrhagie abondante). Le membre supérieur gauche est insensible. T. 36°. Choc très marqué, dû à la perte de sang et à l'intensité du traumatisme. La clavicule est fracassée. On attend quelques heures; plus tard, T. 38°, fièvre, gaz infiltrés dans tout le membre. Il fait l'opération recommandée par MM. Berger et Farabeuf. Mort. M. Kirmisson insiste : 1° sur le moment où il a cru bon d'intervenir; 2° sur le procédé opératoire employé, qu'il juge très bon. Il attribue son insuccès à la gravité de la blessure.

M. DESPRÉS fait remarquer que ses vieux maitres considéraient l'emphysème traumatique comme une contre-indication absolue à l'intervention.

M. BERGER revient sur la distinction qu'il a faite dans son travail : les plaies avec broiement ou attrition sont plus graves que celles où il y a arrachement. L'emphysème traumatique, même septique, est loin d'être toujours fatal.

M. LE DENTU. — Il y a des emphysèmes traumatiques, les uns bénins, les autres malins. Il a vu un cas d'emphysème traumatique chez un sujet atteint de fracture malléolaire sans aucune plaie (donc pas d'entrée d'air) et le malade a guéri.

M. DESPRÉS. — Cet emphysème peut occuper une région éloignée du point où est la plaie. Ainsi il n'est pas très rare d'observer de l'emphysème de l'aine dans les cas de fractures de jambe avec plaie. Il prétend avoir inventé le procédé décrit par M. Berger.

M. SEGOND a vu un cas analogue : emphysème de la région inguinale lors d'une plaie de la région poplitée, sans que la zone crépitante s'étendit du creux poplité à l'aine. Guérison.

M. BERGER. — Le procédé à propos duquel M. Després fait une réclamation de priorité n'a rien à voir avec celui que M. Després lui-même a décrit et qui d'ailleurs ne vaut rien.

M. PONCET dit que les plaies par éclats d'obus sont celles qui s'accompagnent le plus souvent d'emphysème, en raison de leur gravité. Les sujets blessés ainsi ont une odeur spéciale.

M. DESPRÉS. — C'est celle de la mort.

M. PONCET. — Non, puisqu'il y en a qui survivent. L'emphysème qui survient chez ces blessés peut avoir deux origines : tantôt il est dû à l'introduction mécanique de l'air par la plaie; tantôt il est septique et est caractérisé par le dessin des veines sur la peau. Ce dernier, quand il existe, doit empêcher d'intervenir, car il est l'indice d'un état très grave.

M. LE DENTU maintient qu'il y a des guérisons lors d'emphysème septique avec coloration bronzée des téguments, sugillations, traces des veines, etc.; il en a vu un cas.

M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation envoyée à la Société par M. ROUTIER où il s'agit de l'*artério-sclérose et de ses conséquences au point de vue chirurgical*. Un homme de 59 ans, opéré autrefois d'une double cataracte, aujourd'hui aveugle, ressent des douleurs dans un orteil gauche qui s'ulcère; bientôt gangrène humide du pied gauche; le pied droit se prend aussi: phlyctène, ulcération non gangréneuse tendant à la guérison. Amputation de la jambe gauche au lieu d'élection. Gangrène du pied droit. Mort. A l'autopsie, *endo-périartérite généralisée*. M. Schwartz, avec M. Routier, insiste sur les dangers des amputations dans ces cas là. L'hémostase est difficile s'il y a des artères athéromateuses. Un point est à noter, c'est le développement et la marche rapide de la gangrène dans le membre opposé. Avant l'intervention, la lésion du pied droit tendait à la guérison; après l'amputation, aggravation. L'intervention chirurgicale dans ces cas d'artério-sclérose doit donc être très prudente et très réservée.

M. PONCET distingue dans les troubles trophiques des artères deux processus différents.

M. QUENU fait une communication sur la *réunion primitive dans les cas de fistules à l'anus*. Il a une statistique personnelle de 10 cas. Cette opération est due à Chassaignac qui l'a faite en 1852, sans succès d'ailleurs: il incisa le trajet qu'il péla (expression très-juste) et appliqua une série de points de suture. Schmidt en Amérique l'a bien étudiée. Il faut une antisepsie rigoureuse. La suture doit être telle que les fils ne passent pas dans la plaie. Pour la partie anale de la suture on emploiera le catgut, pour la partie cutanée le fil d'argent. Le malade qui ne doit pas aller à la selle est soumis à la diète lactée. On donne un lavement le 9e jour et enlève les points de suture le 10e environ. Dans 6 cas il a obtenu une réunion parfaite au 11e jour, alors que l'ancienne méthode, incision simple, demande 5 semaines de traitement. Dans le 7e cas, la réunion a manqué dans un point où il y avait un clapier, mais le 15e jour la guérison était complete. Il avait fait 5 points de suture sur le rectum, 10 sur le périné. Il compte 2 insuccès; dans l'un, la désunion se produisit sans suppuration (la fistule était très complexe); dans l'autre, au 7e jour, il se forma du pus. On désunit de suite; mais dans ce cas on n'avait pas fait d'excision, ce qui faisait prévoir l'insuccès. M. Quenu conseille d'opérer de la sorte tous les cas de petites fistules, mais n'engage pas à agir ainsi pour les grands décollements, comme le veut Schmidt.

M. SEGOND a fait une fois cette opération : homme de 23 ans, fils enlevés le 10e jour parce qu'il croyait à une réunion; mais 10 jours après il y avait récidive.

M. BERGER a fait trois fois cette opération, avec deux succès; mais il ne recommandait pas une diète rigoureuse à ses opérés.

M. POZZI, il y a 7 ans, opéra ainsi et eut un insuccès absolu. Ce procédé lui parait bon pour les fistules sous-cutanées, mais dangereux pour les fistules rectales. Il a peur du phlegmon pelvien. Ce procédé élégant n'a qu'un défaut, celui d'exiger trop de qualités antiseptiques. Et, à moins d'être un maitre en pareille matière, on n'est jamais sûr de son antisepsie.

M. PONCET décrit une variété curieuse de fistule à l'anus.

M. TERRILLON a opéré un malade par le procédé décrit par M. Quenu. Il a eu un résultat parfait. Il s'est servi d'iodol et non pas d'iodoforme : l'iodol est de beaucoup supérieur à l'iodoforme pour les plaies situées au voisinage des muqueuses. Il insiste sur la façon de faire les sutures : la façon de faire d'Emett est la plus recommandable.

M. QUENU conclut : 1° Il y a des cas inopérables de cette manière. 2° Il y a des cas qu'on doit traiter ainsi (fistules sous

tégumentaires). 3° Il y a des cas moyens où on ne sait trop ce qu'il faut faire. Chaque chirurgien devra incliner pour tel ou tel procédé suivant la confiance qu'il aura dans sa valeur personnelle au point de vue antiseptique. Cependant il y a des fistules s'étendant dans le rectum qui sont opérables ainsi. Ce qu'il faut craindre surtout, ce sont les clapiers. Quant aux dangers du phlegmon, il ne faut rien exagérer. Il est si facile de détruire les points de suture dès qu'il a y menace de suppuration.

M. Després fait une communication sur la *paralysie des muscles de l'abdomen*. Il s'agit d'une femme qui eut une première grossesse, laquelle fut suivie de l'affection : ventre pendant et d'une autre grossesse. Quelques médecins crurent à un kyste de l'ovaire; mais, lors du séjour au lit, cette pseudo-tumeur disparaissait complètement, ce qui fit faire le diagnostic. M. Després ne voit pas là une éventration analogue à celle qui est souvent consécutive à la grossesse, car dans l'éventration il y a écartement des muscles droits seulement. Il ne s'agit pas non plus d'une surcharge graisseuse. M. Després pense ce cas très rare et très curieux. A l'ombilic, l'abdomen avait 151 centimètres de circonférence.

M. Lannelongue a vu chez deux petits enfants, atteints de *paralysie infantile* (membres paralysés), une paralysie incomplète des muscles de l'abdomen, et une sorte de hernie de la masse intestinale sur l'un des côtés du ventre.

M. Sée prétend que le cas de M. Després est très ordinaire. Qui ne connait les éventrations consécutives à la grossesse?

M. Prengrueber montre un *rocher carié* atteint d'otite moyenne ayant donné lieu à un abcès du cerveau.

Marcel Baudouin.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin — 69e assemblée des médecins et naturalistes allemands à Wiesbaden.

Berlin, 25 septembre 1887.

Monsieur le Rédacteur,

Les membres de la *Soixantième réunion des médecins et naturalistes Allemands* se sont réunis cette année à *Wiesbaden*. Je me propose de vous faire part de cet événement important et de travaux scientifiques dignes de remarque qui y ont été communiqués; pour aujourd'hui je me borne à vous entretenir du discours du professeur Preyer (d'Iéna), qui intéresse au plus haut point les médecins, bien que le sujet semble sortir du cadre des sciences médicales.

Le titre en est : les *Sciences naturelles et l'école* (1), et la conférence a pour objet d'élucider la question toujours à l'ordre du jour des études préliminaires à faire suivre aux jeunes gens qui désirent embrasser les carrières dépendant des sciences exactes. Pour se bien mettre au courant, il est nécessaire de savoir, avant tout, que l'Allemagne a deux sortes d'écoles pour études supérieures : les gymnases et les « realschulen ». Ceux-là seuls qui ont étudié dans les gymnases (qui servent surtout à apprendre le latin et le grec) ont le droit de choisir la carrière qui leur plait. Les « Realschulen » ont pour programme l'enseignement des langues modernes et des sciences naturelles, et n'offrent à l'étudiant que la seule voie de la philologie moderne.

Le discours du professeur Preyer est un violent réquisitoire contre l'organisation actuelle de nos hautes études ; les gymnases sont surtout attaqués, et l'effet a été d'autant plus grand que Preyer a passé par le gymnase, a appris ses humanités et n'est donc pas, de naissance, si l'on peut parler ainsi, un partisan des « Realschulen ». Il est fort bizarre, dit l'orateur, que l'influence des sciences naturelles, qui s'est affirmée ces dernières années d'une façon si inattendue, ait été nulle sur l'école. L'obstination invincible des amis du *statu quo* a triomphé de la faculté d'assimilation; elle détruit les plus belles prédispositions naturelles et ne tient aucun compte des lois du développement de l'homme qui cherche encore sa voie. Les lois de la biologie, qui devraient s'imposer à nos pédagogues, sont lettres mortes pour eux. Une loi biologique nous apprend qu'un organe surmené enlève la nourriture aux organes voisins, et gêne ces derniers dans leur développement. Un organe qui reste inactif s'atrophie. Si le surmenage commence de bonne heure, l'adaptation se fait par hypertrophie ; c'est ainsi qu'une partie du cerveau s'hypertrophiera aux dépens des autres parties. Chaque fonction s'établit sous certaines conditions, et le cerveau a besoin d'autres choses que de l'alphabet et des chiffres.

Quand une fonction souffre, toutes les autres sont compromises, et le développement harmonique ne se réalise plus. Ce dernier ne s'obtient que dans le cas où les influences extérieures agissent normalement sur les organes. La croissance organique se fait de dedans en dehors, et non de dehors en dedans, et une accélération artificielle de ce phénomène ne mène qu'à l'atrophie. La nourriture de l'esprit doit, comme celle du corps, être digérée avant d'être assimilée. Seuls les êtres qui se développent lentement sont longtemps susceptibles de perfectionnement. Les diverses fonctions se montrent une à une, et non à la fois, les sens en premier lieu, puis la pensée. Le développement morphologique du cerveau dépend du caractère des impressions que l'organe reçoit. Tout enfant sain apprend à penser de la façon suivante : il a d'abord des impressions sensitives agréables ou déplaisantes, puis il arrive à la connaissance des causes. Dans l'étude des langues, l'enfant commence par apprendre les mots, puis ce qu'ils signifient. Si l'on se demande comment nos pédagogues obéissent à ces lois, on voit que de toutes parts elles sont transgressées par le surmenage, le mauvais choix des sujets d'étude et l'absurdité des méthodes. La série des raisonnements que l'on voit se dérouler dans une étude naturellement menée à bien, est artificiellement bouleversée, et l'on commence d'emblée par l'incompréhensible et l'indigeste. Le maître le meilleur et le plus méritant ne pourra lutter contre ce système, et le désir d'apprendre, ce besoin naturel de l'enfant, se transforme rapidement en dégoût. L'orateur aborde ensuite la question du surmenage; cet inconvénient se montre dans toutes les écoles supérieures, car la statistique nous montre que, sur tous ceux qui sortent de l'école, un cinquième à peine passe avec succès l'examen de maturité, et il n'y a pas même un quart des élèves qui abandonnent les études. Dans l'année scolaire 1885-86 il est sorti en Prusse 29.330 élèves des écoles supérieures; 14 0/0 d'entre eux avaient un diplôme de maturité, 10.464 changèrent d'école, 317 sont morts. Le chiffre des élèves était de 127.320, et la proportion des diplômes est de 3,3 0/0, ou 22,6 0/0 de 18,549 qui quittèrent les études. Le capital humain porte de fort mauvais intérêts dans les écoles supérieures. Un quart des diplômés a moins de 19 ans, un autre quart en a plus de 21, et se trouve être élèves de sixième. Il n'y avait en 1885 pas même 4.000 élèves pouvant quitter l'école avec un diplôme, et dans les « Realschulen » 92 sur 100 élèves de sixième n'ont pas terminé leurs études. En 1885-86, en Prusse, pas même un quart des élèves sortis des écoles a pu être reçu au volontariat d'un an, et 40 0/0 à peine de ceux qui ont embrassé une profession à la sortie de l'école, ce qui fait 5,8 0/0 du nombre total des élèves, y compris ceux ayant leur diplôme. Plus de 60 0/0 des élèves, qui abandonnent les études à la moitié du gymnase, le font sans chercher à passer l'examen de maturité, et sans avoir droit au volontariat. Pour les résultats purement corporels ils sont aussi peu brillants. Un tiers à peine de ceux qui ont droit au volontariat sont aptes au service. Les écoles supérieures de Prusse n'ont, en 1885-86, pas même pu donner un cinquième de volontaires aptes au service parmi les jeunes gens qui avaient choisi une profession à leur sortie de l'école, car le chiffre est de 17,8 0/0, cela fait 12 0/0 des élèves sortis de l'école et 2,6 0/0 de la somme totale des élèves. Ici encore les résultats sont donc déplorables. En outre, un quart des volontaires d'un an est myope; 11,9 0/0 des soldats astreints au service de 3 ans ont la vue bonne, et seulement 31,9 0/0 des volontaires d'un an. Les premiers présentent 26,7 0/0, et les derniers 34,7 0/0 d'inaptes au service militaire pour faiblesse générale et développement insuffisant, sans tare organique spéciale. Parmi ces réclusés, il y en avait 81,1 0/0 qui avaient été renvoyés à l'année suivante. Il ressort de tous ces chiffres que plus d'un

(1) Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à lire avec soin cet éloquent et savant plaidoyer en faveur du nouveau système d'enseignement secondaire. (*N. de la R.*)

quart des élèves souffrent corporellement pendant le temps qu'ils passent à l'école; pour la myopie, il est prouvé que l'école en est la cause directe, car la myopie augmente des classes inférieures aux supérieures, comme nombre de cas et comme intensité. Plus d'un quart des élèves emporte de l'école une lésion oculaire durable. On peut lutter contre ce fléau par un éclairage perfectionné, la diminution de travaux à domicile et du temps de lecture, l'obligation de tenir la tête droite, etc. On pourra aussi lutter contre la faiblesse musculaire et l'étroitesse thoracique, fruit d'une mauvaise position de l'enfant assis. Les écoliers devraient dormir davantage, se réveiller d'eux-mêmes, avoir plus de mouvement, et cela au grand air. Toutes ces vérités sont importantes et faciles à constater; les médecins des écoles devraient tenir la main à l'exécution de prescriptions raisonnables. Il est de fait que l'homme civilisé est trop longtemps assis, et la capacité intellectuelle est composée ainsi. C'est pourquoi on devrait, dans les classes inférieures, moins faire asseoir les enfants, les soumettre davantage à l'usage des bains et des exercices corporels. L'attention des enfants de 9 à 11 ans est trop longtemps sollicitée sans discontinuité dans les classes.

La nature indigeste de l'aliment intellectuel et la mauvaise qualité des méthodes existent surtout dans les gymnases classiques, car l'étude exclusive du grec et du latin enraye le développement naturel de l'intelligence. Le thème latin ne favorise que la phraséologie, les mots y remplacent les idées, et le rapport naturel qui existe entre l'intelligence et la langue dont on se sert est renversé. Le latin et le grec servent à un dressage mécanique ennemi de tout idéal; c'est une discipline intellectuelle, uniforme, formaliste. Malgré tous ces soins, les élèves sortis du gymnase sont de piètres latinistes et de mauvais hellénistes. La préparation des gymnases est insuffisante pour toutes les professions, en dehors de celles de professeur de philologie et de philologue proprement dit. Les exercices de grec et de latin sont non seulement inutiles, mais même nuisibles pour la carrière qu'on choisit, car ils entravent l'assimilation de notions utiles et empêchent le développement de l'esprit de logique; car, au lieu de parler aux sens, on commence par des abstractions. Cette culture exaspérée de langues étrangères mortes ne permet pas l'épanouissement prévu du germanisme; le formalisme donne naissance à la manie des discussions oiseuses et entraîne l'esprit à donner trop d'importance à la forme vis-à-vis du fond. On apprend bien mieux les vieux auteurs dans les traductions qu'en s'exerçant à traduire soi-même. Les travaux pratiquement valables fournis par nos gymnasiens sont loin d'égaler le temps et le travail qu'ils ont coûté; car ces jeunes gens n'ont pas appris à travailler à fond les questions scientifiques. Ils ne savent pas se servir de leurs sens, se méfient de leur propre jugement, et n'ont aucune habileté manuelle. La recherche des causes des phénomènes est une fonction cérébrale dont ils sont privés. Malgré tous ces défauts inhérents à la culture intellectuelle puisée à nos écoles supérieures, surtout aux gymnases, l'état se montre plein de partialité en faveur des gymnases classiques. On prétend que la compréhension des nombreux termes scientifiques tirés du grec et du latin est facilitée par les études classiques; mais, dit M. Preyer, c'est là une erreur, car l'étymologie donne l'origine, mais pas le sens du mot; en outre, il est fort rationnel d'essayer d'élaguer tous les mots étrangers inutiles de la langue allemande. Pour ce qui est de la culture classique soi-disant acquise, il suffit, pour la juger sainement, de s'enquérir, auprès d'adultes soigneusement éduqués par ce système et de professions différentes, de ce qui reste de ces longues années d'étude. La culture philologique exclusive n'est pas du tout conforme aux besoins de l'homme moderne. L'état actuel est intolérable, et, en prévision de catastrophes à venir, il faut agir, en premier lieu en supprimant le monopole des gymnases classiques. On verra après seulement si ces écoles sont capables d'entrer en lutte avec les autres. En 1869, les facultés ont voté à ce sujet, et 150 voix contre 384 ont demandé l'égalité devant les études professionnelles entre les gymnases classiques et les « Realschulen ». Aujourd'hui une semblable votation donnerait d'autres résultats, car le nombre des naturalistes et médecins a beaucoup augmenté vis-à-vis des professeurs d'autres facultés dans les Universités allemandes. Le centre de gravité a passé de l'antique au moderne, des grimoires à l'observation de la nature. Le droit de vote accordé aux professeurs ordinaires, souvent titulaires de chaires plusieurs fois séculaires, n'est pas une mesure juste, car on ne doit pas être à la fois juge et partie dans la même cause. C'est une question nationale, dans laquelle les pouvoirs législatifs ont leur mot à dire. L'Etat obtiendrait d'excellents résultats en supprimant le monopole des gymnases et les « Realschulen » pourraient s'épanouir normalement, si elles étaient autorisées à présenter des candidats à l'immatriculation dans toutes les facultés sans exception et à l'obtention de tant de diplômes officiels. Une fois le monopole des gymnases supprimé, tous les autres systèmes d'instruction se frayeront leur voie, et l'enseignement de l'allemand, de l'anglais et du français par exemple, sera poussé plus à fond. Les jeunes allemands trouveront bien plus de profit à s'assimiler la gégnosie, la géographie, la morale, la religion chrétienne, l'histoire allemande, le dessin, le modelage, les mathématiques et les éléments de la physique, de la chimie, de la physiologie, ou au moins de l'hygiène, qu'à apprendre par cœur les grammaires latine et grecque, Xénophon et Cicéron, les guerres civiles de Rome et d'Athènes, les amourettes de Jupiter et les crimes des Césars romains. Il faut dans les écoles consacrer beaucoup plus de temps au développement du caractère, à l'éducation morale, aux soins corporels qu'à une instruction savante qui équivaut à une gymnastique de la mémoire. Si, parmi les élèves ayant subi l'examen de sortie du gymnase, il s'en trouve de fort distingués, même en dehors des études philologiques, ce n'est pas par le dressage grammatical gréco-latin qu'ils ont obtenu ce résultat, mais malgré lui. Il y en a fort peu qui arrivent, car à peine 4 0/0 des élèves du gymnase arrivent chaque année à leur diplôme de maturité. L'érudition est affaire universitaire et non scolaire. Ce n'est pas l'érudition par les livres, mais l'excellente organisation militaire qui a fait l'Allemagne. L'armée ne guérit qu'en partie les maux que cause l'école, car pour beaucoup d'élèves il est alors trop tard pour rattraper le temps perdu. Pourquoi toujours sacrifier à l'école classique sur des autels détruits? Les langues anciennes sont accrochées à la jeune génération comme des organes rudimentaires. Elles appartiennent à la science, à l'érudition, mais ne sont pas du tout aptes à former des garçons au moment le plus important de leur développement physique et moral. Il semble absurde à un physiologiste qu'on accable pendant 9, 10 et même 12 ans, du poids de ces études un organisme qui a besoin d'un développement naturel. Une des erreurs les plus colossales est de prétendre qu'une sorte de barbarie moderne serait la conséquence du transfert des langues grecques et latines à l'enseignement universitaire, comme on le fait pour le sanscrit; il est faux que la culture moderne dépende, par une sorte de continuité historique, de l'antiquité classique. Dans la pratique, cette continuité a été interrompue par Copernic, Galilée et Luther. L'idéalisme a toujours été indépendant de la matière enseignée. Le progrès et les principes humanitaires dans la vie des peuples, s'affirment tous les jours davantage, en dépit du dressage si artificiel des écoles; ces dernières ne songent qu'aux intérêts de l'antiquité classique, dont les superstitions, l'esclavage, la morale antichrétienne nous répugnent; la jeunesse allemande, que l'on force à l'exode à Rome ou à Athènes pendant des années, ne pourra pas être perpétuellement forcée dans son développement. Si la génération actuelle ne se décide pas à révolutionner l'antique méthode scolastique dans le sens des progrès des sciences naturelles, la génération suivante l'exécutera avec une vigueur bien autrement accentuée.

De nombreux applaudissements n'eurent pas de peine à couvrir le bruit de quelques protestations isolées.

La suite des travaux vous sera sous peu communiquée.

Veuillez agréez, etc. L. C.

Nouveaux journaux. — On annonce la fondation d'un nouveau journal intitulé : *Archives scandinaves de Biologie*, où les savants danois, suédois, norvégiens et finlandais auront leurs écrits analysés en français. C'est avec plaisir que nous constatons que les journaux des pays scandinaves cherchent de plus en plus à faire connaître les travaux de leur pays en se servant de notre langue.

THÉRAPEUTIQUE

Médication pepto-phosphatée dans la tuberculose pulmonaire ;

Par le Dr A. Judet, ancien interne des hôpitaux.

On sait la part si grande que prend au développement de la tuberculose la « misère physiologique. » Le tubercule, a dit le professeur Peter dans ses intéressantes cliniques. est le produit et le témoignage de la déchéance de l'organisme. Quand cette déchéance a préparé le terrain, toute inflammation des organes respiratoires peut devenir le germe de l'éclosion tuberculeuse.

Si, contre le côté parasitaire de l'affection, la thérapeutique est encore désarmée, du moins peut-on chercher à lutter contre l'épuisement de vitalité qui en a préparé l'éclosion et qui vient en accélérer l'évolution. Il faut s'appliquer à aider la restauration de la nutrition et des forces, afin que l'accroissement de la résistance organique puisse enrayer le processus de la diathèse; il faut enfin « permettre au tuberculeux de survivre à ses tubercules. » (Peter.)

C'est là une indication capitale qu'il n'est pas toujours facile de remplir avec succès et on y éprouve trop de mécomptes pour qu'il ne nous paraisse pas superflu de faire connaître les heureux résultats que nous avons obtenus par la médication pepto-phosphatée, dans des cas où « l'inanitiation » par les voies digestives était particulièrement accentuée. Nous nous bornerons à rappeler l'une de ces observations :

Observation. — M. Henri S..., 32 ans, attaché à un bureau de ministère. Pas d'antécédents du côté des père et mère. Une sœur bien portante.

M. S... n'a eu aucune maladie sérieuse; il habitait la campagne, quand, à la suite de son mariage il vint s'établir à Paris, en 1884. Il eut une bronchite en janvier 1885, pour laquelle il ne suivit aucun traitement: depuis ce temps, il tousse fréquemment sans crachats caractéristiques. Il a maigri considérablement. Le teint est pâle et l'essoufflement se produit facilement. Transpirations fréquentes la nuit. Pas d'appétit.

A la percussion, on constate une légère matité du sommet droit en arrière. A l'auscultation, respiration exagérée à gauche; quelques craquements humides à droite, au sommet.

M. S... avait déjà consulté; l'huile de foie de morue. le vin de quinquina, les granules de Dioscaride et les badigeonnages de teinture d'iode lui avaient été prescrits. Sous l'influence de ce traitement, l'état s'était un instant amélioré, mais l'huile de foie de morue ne fut tolérée que peu de temps; la forme capsulaire fut essayée par le malade. mais le nombre de capsules qu'il lui fallut ingérer ne réussit qu'à augmenter la fréquence des vomissements. Le malade dut suspendre toute médication.

La percussion et l'auscultation nous permirent un diagnostic facile, mais ce qui nous frappa particulièrement, lorsque M. S... vint nous consulter, ce fut son état d'affaiblissement. Ce *tuberculeux* avait toutes les conditions requises pour devenir *phtisique*. Il importait de réagir avec vigueur contre cette déchéance physiologique: tache délicate en présence de cet organisme épuisé, de cet estomac dont les fonctions étaient si profondément troublées.

L'arsenic n'était pas mieux toléré que ne l'avait été l'huile de foie de morue, et la saison (juillet) était peu engageante pour faire une nouvelle tentative avec celle-ci.

La répugnance acquise nous fit écarter l'idée d'une médication trop complexe. Notre malade fut envoyé à la campagne et après suspension de tout traitement et repos pendant une semaine: nous lui prescrivîmes l'usage de la peptone phosphatée (*vin de Bayard*) réunissant sous une formule concise, l'alcool, le phosphate de chaux et la viande *assimilable*. Nous prescrivîmes en outre l'usage des lotions vinaigrées et des frictions avec le baume de Fioraventi. Le vin de peptone phosphatée fut pris à la dose de deux cuillerées par jour pendant quinze jours, et au bout de ce temps la dose fut portée à quatre cuillerées.

Dès les quinze premiers jours nous avions la surprise et la satisfaction de constater les résultats obtenus. Si nous trouvions à l'auscultation des troubles encore très nets, nous voyions un changement sensible dans l'état général. L'appétit revenait, les sueurs nocturnes presque disparues, plus d'essoufflement. Après quelques semaines, l'état était encore amelioré et l'on ne percevait plus que quelques craquements secs. Le poids du corps avait augmenté d'une façon notable.

Il nous a été donné de revoir M. S... à diverses reprises, et si nous ne pouvons affirmer que notre malade soit *radicalement* guéri, nous pouvons dire que l'état général est excellent.

Et maintenant il nous paraît utile d'appeler l'attention sur les propriétés de la peptone phosphatée, on peut dire qu'elle convient à toutes les formes et à toutes les périodes de la tuberculose. Son phosphate de chaux fixe l'albumine à l'état de cellule et de fibre. Le vin de Bayard à la peptone phosphatée agit donc comme reconstituant général par excellence et, de plus, il a dans la phtisie cette propriété très précieuse de fournir à l'organisme l'élément le plus propre à favoriser la transformation des tubercules.

En dehors de l'observation que nous venons de rapporter, nous avons souvent eu l'occasion d'avoir recours à cette préparation dans des cas de cachexie de nature diverse, dans des états pathologiques à tendance dénutritive, et toujours nous en avons obtenu les meilleurs résultats.

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

Année scolaire 1887-88.

I. *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, dans le cabinet du Doyen, du samedi 15 octobre au mardi 15 novembre inclus. Le dossier scolaire de ces Elèves sera constitué conformément aux règles établies ci-dessous (articles 3 et 23 du décret en date du 30 juillet 1883). Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'Etudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des Droits universitaires.

II. *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883 fixant le régime des Cours dans les Facultés). — Art. 1er. — Un règlement préparé par la Faculté et approuvé par le Recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscriptions à chaque trimestre. Les bacheliers reçus à la session de novembre, et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Le registre est clos par le Doyen et visé par le Recteur de l'Académie ou par son délégué.

Art. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'Etudiant ne peut en aucun cas faire prendre ses inscriptions par un mandataire. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre une inscription après la cloture du registre. Pour des motifs graves, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions avant le 15 janvier. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou Ecole après le 1er janvier. En aucun cas, l'Etudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Art. 3. — Tout Etudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer : 1° Son acte de naissance; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur. (La signature doit être légalisée. 3° Les diplômes exigés par les règlements.

Les aspirants au Doctorat doivent produire les diplômes suivants (Décret du 20 juin 1878 : 1° Baccalauréat ès lettres ; 2° Baccalauréat ès sciences complet ou restreint ou de l'enseignement secondaire spécial); 2° Les aspirants à l'Officiat doivent (Décret du 30 juillet 1886),

à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études spécial délivré par le Recteur. Les candidats qui auront obtenu avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire, complété par l'examen scientifique portant sur les éléments de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle, conformément au programme de l'enseignement secondaire spécial, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études spécial délivré par le Recteur et institué par le décret du 30 juillet 1886.

Art. 4. — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Art. 6. — Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine, l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée sans recours par la Faculté à laquelle appartient l'étudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté dans une autre, ou dans une Ecole, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : 1° Son acte de naissance ; 2° Un certificat de scolarité, délivré par le Doyen et visé par le Recteur; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournement, stage, travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis d'une Faculté à une autre, par les soins du Recteur. En cas de refus du Doyen de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquête.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté. Les inscriptions d'officiers de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de Doctorat pour les élèves en cours d'études ; cette conversion pourra être autorisée en faveur des Officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins. — (Décret du 20 juin 1878.)

Ecole pratique Année scolaire 1887-88).

Semestre d'hiver.— Dissections. Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre.

Les pavillons de dissection sont ouverts à partir du jeudi 3 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon. — A. Les étudiants de 1re année ne prennent pas part aux travaux anatomiques. B. Les exercices de dissection sont obligatoires, pour tous les étudiants de 2e et de 3e année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets. C. Pour les autres étudiants et les docteurs les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique); 2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à la Faculté).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° Sa feuille d'inscription mise à jour, par le secrétariat de la faculté ; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'école pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Laïcisation de l'hôpital Beaujon.

La laïcisation de l'hôpital Beaujon a eu lieu samedi dernier 1er octobre. Le service de cet hôpital était, comme celui de Lariboisière, fait par les Sœurs de Saint-Augustin, qui avaient succédé, en 1874, aux Sœurs de Sainte-Marthe. Elles y étaient au nombre de vingt. Il y a trois mois, la supérieure générale fut avertie par une lettre de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, d'avoir à quitter l'hôpital le 15 septembre, pour céder la place aux surveillantes laïques: La supérieure, qui devait à cette même date abandonner Lariboisière, demanda un sursis de quinze jours. Le personnel laïque qui se compose de trente-cinq infirmières, surveillantes, sous-surveillantes, etc., a pris possession des services à six heures du matin. Il a été installé par M. Imard, inspecteur général de l'Assistance publique.

Il ne reste plus que trois hôpitaux à laïciser : la Charité, St-Louis (hôpital du Nord) et l'Hôtel-Dieu, soit 76 religieuses à remplacer par 76 laïques. L'administration possède dès maintenant le personnel nécessaire et nous avons la conviction que M. Peyron réalisera la promesse qu'il a faite de laïciser « à la fin de l'année, en même temps St-Louis et la Charité (1) ».

Enseignement médical libre.

Cours d'obstétrique. — M. le Dr FOURNEL fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à huit heures du soir. Les élèves sont exercés au toucher aux manœuvres et opérations obstétricales. Un nouveau cours commencera le lundi 17 octobre. S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au docteur Fournel, 20, rue de la Michodière, les lundi, mercredi, vendredi, de deux heures à 3 heures et demie, ou au concierge du cours.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr de RUOLZ-MONTCHAL.

La France vient de perdre un de ses plus dignes citoyens, un savant modeste, un inventeur de premier mérite, un véritable encyclopédiste, un de ces hommes qu'on a de la peine à rencontrer aujourd'hui, dans ce siècle où la spécialisation joue un si grand rôle.

Il appartient plus, il est vrai, au monde industriel et scientifique, au monde artistique même, qu'à la famille médicale : il ne fut en effet que Docteur en médecine, ne pratiqua jamais et ne publia aucun travail sur les sciences médicales. Mais si ce seul titre suffit pour que nous ne l'oublions pas, l'importance pratique de ses découvertes, la supériorité de son esprit et surtout sa vaste érudition nous obligent à lui rendre ici l'hommage légitimement dû à tout homme d'une telle valeur.

M. le Dr Henri de RUOLZ-MONTCHAL, issu d'une grande famille du Lyonnais, vient de mourir à Neuilly, à l'âge de 80 ans. Il était né à Paris, où il étudia successivement le droit, la médecine et les sciences. Il obtint rapidement les grades de Docteur en médecine, docteur en droit et docteur ès sciences.

Mais bientôt les arts l'attirèrent : il se livra à la musique sous la direction de maîtres tels que Rossini et autres. Aussi ne faut-il pas s'étonner de le voir faire jouer en 1835 un grand opéra intitulé *Lara* au théâtre San-Carlo, de Naples. Plus tard il en donnait un autre, la *Vendetta*, à l'Opéra de Paris et écrivait pour l'Opéra-Comique, en collaboration avec Halévy, *Attendre et courir*.

A la suite de revers de fortune, il délaissa les arts pour se lancer dans des recherches de physique et de chimie. Il fit un certain nombre de découvertes industrielles dont la plupart méritent mieux que l'oubli. Il fut, entre autres choses, l'inventeur du procédé connu sous le nom de *procédé Ruolz*. En collaboration avec M. de Fontenay, il trouva en outre le moyen de fondre l'acier et découvrit un certain nombre de façons d'employer le bronze et la fonte, qu'on utilise encore aujourd'hui.

Après tant de services rendus, dit le *Temps* auquel nous empruntons ces détails, après avoir perdu dans diverses tentatives industrielles malheureuses des sommes considérables (il avait plus de 100,000 francs de rente quand il commença à s'intéresser à l'industrie), il vient de mourir isolé et presque ignoré.

Riche, érudit, philosophe, homme de lettres, mathématicien, chimiste, artiste, bienfaiteur de l'humanité il fut tout cela et il disparaît presque pauvre. MARC. B.

M. le professeur B. von LANGENBECK (de Berlin).

Nous apprenons que M. le Pr BERNARD-RUDOLF-KONRAD VON LANGENBECK, l'un des plus éminents chirurgiens de l'Allemagne, vient de mourir à Berlin, à l'âge de 77 ans.

Fils d'un médecin distingué, il naquit le 9 novembre 1810 à Horneburg et étudia à Göttingue où il fut reçu docteur en

(1) Séance du 14 juin 1887 du Conseil municipal.

1835. Il fut d'abord privat-docent à Göttingue en 1836, puis professeur extraordinaire. En 1842, on l'appela comme professeur ordinaire de chirurgie et directeur de l'hôpital Frédérich, à Kiel. En 1848, il fut un des principaux médecins de l'armée allemande qui guerroyait contre le Danemarck, mais dès 1847 il avait succédé à Dieffenbach comme professeur à la clinique chirurgicale de l'Université de Berlin. Après trente-cinq ans d'enseignement, il céda la place au professeur Bergmann.

Il a eu pour élèves des hommes tels que Billroth et Volkmann. En 1860, il fonda, avec Billroth et Gurlt, les *Archiv fur Klinische Chirurgie*, où il a publié un grand nombre de mémoires. On sait qu'il est l'inventeur d'une foule de procédés opératoires et que c'est une des sommités de la science chirurgicale contemporaine. Sa clinique était une des plus célèbres d'Allemagne. Sa réputation date surtout de la guerre du Schleswig-Holstein, où il eut la direction du service des ambulances. On lui doit, pour le service médical de l'armée, une foule de réformes; aussi fut-il annobli pour les services qu'il a rendus à l'Etat, et lui confia-t-on la direction générale du service médical de l'armée allemande. Il a été un des plus ardents défenseurs des résections articulaires, préconisa l'immobilisation des membres blessés au moyen des bandages amidonnés, etc., etc.

Ses principaux travaux sont : *De retinæ structura penitiore* (Dissertation inaugurale, 1835); — *De retinæ observationes anatomico-pathologicæ* (travail pour sa nomination de Privat-Docent); — *Ueber Entstehung des Venenkrebses und die Möglichkeit, Carcinome von Menschen auf Thiere zu übertragen* (*Schmidt's Jahrb.*, XXV, 1840); — *Ueber habituelle Fingerkrämpfe und die Anwendung der Muskel und Sehnendurchschneidung gegen dieselben* (*Med. Corresp. bl. bayerisher Aerzte*, 1840); — *Ueber das Stottern und die Anwendung der Myotomie gegen Sprachfehler krampfhafter Art*; — *Ueber die unmittelbare Heilung der Wunden durch abschluss derselben von der atmosphärischen Luft u. s. w.*; — *Confervenbildung in dem Nasenausfluss eines rotzkranken Pferdes* (Froriep's Notizen, 1841); — Il a publié dans la *Deutsche Klinik* avec plusieurs de ses élèves : *Commentatio de contractura et ancylosi genu nova methodo violantae extensionis ope sanandis* (Berlin, 1850); — *Die subcutane Osteotomie* (1854); — *Chiloplastik durch Ablösung und Verziehung des Lippensaumes* (1855); — *Das permanente warme Wasserbad zur Behandlung grösserer Wunden, insbesonders der Amputationsstümpfe* (1855); — *Ueber die Exstirpation der interstitielnle Uterusfibroide* (1859); — *Die osteoplastiche Resection des Oberkiefers* (1861); — On trouve dans le *Med. Central Zeitung : Die Geschwülste der Fossa spheno-maxillaris und die Exstirpation dersetben mittelst Resection des Jochbogens* (1860).

Citons encore : *Neue methode der Rhinoplastik* (1864) (*Berl. Klin. Woch.*). — *Beiträge zur chirugischen Pathologie der Venen* (I, 1860); *Angeborene Kleinheit des Unterkiefers mit Kiefers pene verbunden, geheilt durch Resection der Procc. coronoidei* (I.); *Die Uranoplastik mittelst Ablösung des mucös-periostalen Gaumenüberzuges* (II, 1862); — *Weitere Erfahringem im Gebiete der Uranoplastik, u. s. w.* (V, 1864); publiés dans les *Arch. f. Klin. Chirurgie.* — *Ueber resectionen im Fuss gelenk wegen Schussfracturen* (*Berliner Klin. Wochensch.* 1865); — *Ueber die Schussfracturen der Gelenke und ihre Behandlung Rede, u. s. w.* Berlin, 1868); — *Ueber Schussverletzungen des Hüftgelenks* *Archir.*, XVI. 1874); — *Ueber die Endresultate der Gelenkresectionen von Kriege* (Ebenda); — *Ueber Extirpation des Pharynx* (Ebenda, XXIV, 1879); — *Ueber Gummigeschwülste* (*Granulome, Syphilome*) (Ebenda, XXVI, 1881); — *Ueber Zungenamputation mittelst des Thermocauters* (Ebenda, XXVII, 1882). Citons en outre toute une série de communications à la *Deutsche Gesellschaft für Chirugie*, qu'il fonda en 1872. M. B.

M. le professeur Joseph MEYER (de Berlin).

M. le professeur Joseph MEYER (de Berlin), né le 18 juillet 1818, à Stralsund, a été reçu docteur en médecine en 1845. D'abord assistant de Schönlein, puis de Frerichs, il fut, en 1862, nommé médecin de la Charité, puis en 1867, professeur extraordinaire, et succéda, en 1848, à Griesinger comme directeur de la Policlinique royale de médecine interne. Il occupa cette place jusqu'à sa mort, qui a eu lieu le 25 septembre dernier. On lui doit un grand nombre de travaux sur l'auscultation du cœur, le choléra, la rupture de l'œsophage, la pleurésie, etc. Depuis quelques années, il s'était spécialement adonné à l'étude des maladies du cœur. M. B.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 septembre 1887 au samedi 1er octobre 1887, les naissances ont été au nombre de 1123, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 400 ; illégitimes, 128. Total, 528. — *Sexe féminin* : légitimes, 451 ; illégitimes, 144. Total, 595

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 sept. 1887 au samedi 1er octobre 1887, les décès ont été au nombre de 808, savoir : 433 hommes et 375 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 14. T. 26. — Variole : M. 2, F. 4, T. 6. — Rougeole : M. 5, F. 4. T. 9. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 6 F. 9, T. 15. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 111, F. 62. T. 173. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 7. T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3. T. 4. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 19. T. 34. — Méningite simple : M. 11, F. 10. T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 20. T. 41. — Paralysie : M. 1, F. 4. T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 3. T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 30. T. 54. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 7. T. 15. — Bronchite chronique : M. 12, F. 14. T. 26. — Broncho-Pneumonie : M. 5, F. 5. T. 10. — Pneumonie M. 19, F. 13. T. 32. — Gastro-entérite, biberon : M. 23, F. 24. T. 47. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 8. T. 16. — Autres gastro-entérite : M. 4, F. 7. T. 11. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. - Débilité congénitale et vices de conformation : M. 12, F. 3, T. 15. — Sénilité : M. 3, F. 19. T. 32, — Suicides : M. 14, F. 3 T. 17. — Autres morts violentes : M. 4. F. 1. T. 5. — Autres causes de mort : M. 84 F. 64. T. 148. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 7. T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 19. Total : 49. *Sexe féminin* : légitimes, 15; illégitimes, 7. Total : 22.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, pendant l'année scolaire 1887-1888, à M. FAGUET, préparateur de botanique à ladite Faculté. — M. DUFOUR, licencié ès sciences mathématiques, ès sciences physiques et ès sciences naturelles, docteur ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur de botanique à ladite Faculté, pendant la durée du congé accordé à M. Faguet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Ecole pratique* (année scolaire 1887-88). — *Médecine opératoire* (cours d'automne). — M. le Dr LEJARS, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 18 octobre 1887, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques. Ce cours est facultatif; il ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Les demandes d'admission seront adressées au doyen de la Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. GARNAULT, docteur ès sciences naturelles, préparateur de zoologie à ladite Faculté, est nommé chef des travaux pratiques de zoologie à ladide Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. MAIRET, agrégé près ladite Faculté, est maintenu dans ses fonctions pendant l'année scolaire 1887-1888. M. Mairet est chargé d'un cours de clinique des maladies mentales, pendant la durée du congé accordé à M. Cavalier.

ECOLE NORMALE SUPÉRIEURE. *Section des Sciences.* — M. PERRIER (R.), nommé, par décision du 28 septembre 1886, agrégé préparateur de zoologie à ladite école, est maintenu dans ces fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888. — M. PIGEON (L.), nommé, par décision du 15 octobre 1885, agrégé préparateur de chimie à ladite école, est maintenu dans ces fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire de 1887-1888. — M. CHASSAGNY (M.), ancien élève à ladite école, agrégé de physique, est nommé agrégé préparateur de physique, en remplacement de M. Duhem. — M. BERNARD (E.), agrégé des sciences naturelles, est nommé agrégé préparateur de botanique à ladite école, en remplacement de M. Leclerc du Sablon, appelé à d'autres fonctions. — M. MUNIER-CHALMAS (E.), chargé provisoirement de la conférence de géologie à ladite école, est maintenu à titre définitif dans lesdites fonctions.

École municipale d'infirmières de la Salpêtrière. Directeur de l'Enseignement : Dr Bourneville. L'École municipale d'Infirmières de la Salpêtrière a ouvert ses cours professionnels le mercredi 5 octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration : M. Le Bas ; — Éléments d'anatomie : M. le Dr Gautiez ; — Éléments de physiologie : M. le Dr P. Regnard ; — Pansements : M. le Dr Poirier ; — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveaux-nés : M. le Dr Budin ; — Hygiène : M. le Dr Féré ; — Petite pharmacie : M. Yvon. Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'École de la Salpêtrière doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à midi.

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens (année scolaire 1887-1888). — I. Le concours pour les fonctions de chef de clinique médicale commencera le lundi 10 octobre, à midi, dans l'amphithéâtre de l'École. Le concours pour les fonctions de chef de clinique chirurgicale commencera le lundi 17 octobre, à midi Le concours pour les fonctions de chef de clinique obstétricale, le lundi 24 octobre, à midi. Un des trois chefs de clinique sera chargé de la clinique ophtalmologique. Les candidats se feront inscrire avant le 7 octobre, au secrétariat de l École. — II. Le concours pour les fonctions de prosecteur commencera le 3 novembre. Les candidats se feront inscrire au bureau de M. Schoeffer, avant le 1er novembre. — Les concours pour les fonctions de : Aide-préparateur de chimie. Aide-préparateur d'histoire naturelle. Aide-préparateur de pharmacie. Aide-préparateur de physique, commenceront le 7 novembre. Les candidats se feront inscrire au bureau de M. Schoeffer, avant le 5 novembre. Le laboratoire d'anatomie, à l'Hôtel-Dieu, sera ouvert le 17 octobre. Le laboratoire de chimie, à l'École, les laboratoires de pharmacie et d'histoire naturelle, rue Henri IV, seront ouverts le 3 novembre Les cours et les cliniques de l'École commenceront le 3 novembre. Le registre aux inscriptions sera ouvert du 3 au 15 novembre ; MM. les Élèves en médecine produiront le certificat de stage du dernier trimestre. — MM. les Élèves qui sollicitent une dispense des droits d'inscription pour l'année 1887-1888, doivent remettre leurs demandes, avec les pièces à l'appui, avant le 15 octobre, au secrétariat de l'École.

École supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Gay, agrégé près ladite école, est maintenu pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite école.

Concours. — *Internat.* Le Jury tiré se compose de : MM. de Beurmann, Huchard, Faisans, Nélaton, Quenu, Jalaguier, Bar ; M. Huchard sera président du jury. — *Externat.* Le jury est ainsi constitué : MM. Brissaud, Muselier, Josias, H. Martin, Schwartz, Tuffier, Campenon.

Hôpitaux de Paris. *Travaux anatomiques* (année 1887-1888) *Saison d'hiver.* — MM. les Élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 17 octobre 1887. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du Laboratoire. MM. les élèves seront chaque jours exercés sous la direction, au maniement du microscope. — *Nota.* Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les Élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est terminé le jeudi 29 septembre 1887, à quatre heures et demie. Cette dernière séance a eu lieu sous la présidence de M. Rochard. On a adopté le vœu suivant : « Considérant que l'hygiène, ayant pour objet la conservation de la vie, n'est en réalité qu'une application des lois biologiques, quels que soient les moyens employés pour réaliser cette application : que par suite l'hygiène se rattache au groupe des sciences naturelles plus directement qu'à aucune autre et que ce rattachement importe à un classement méthodique ; que le président actuel de l'Association française (M. le docteur Rochard), qui est un hygiéniste distingué, représente actuellement au fauteuil le groupe des sciences naturelles La section d'économie politique exprime le vœu que la section d'hygiène soit réunie désormais au groupe des sciences naturelles. » — L'Association, dans cette même séance du soir, a procédé à l'élection du bureau pour l'année 1888. Ont été élus : Président : M. le colonel Laussedat, directeur du Conservatoire des Arts-et-Métiers ; Vice-président: M. de Lacaze-Duthiers, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Institut; Secrétaire général : M. Philippe de Clermont; Vice-secrétaire : M. Armand Fournier. La prochaine session aura lieu à Oran, au mois d'avril 1888, et la session suivante (année 1889), à Paris.

Choléra. — Les nouvelles de Sicile sont un peu moins mauvaises. Le choléra sévit à Messine avec moins d'intensité. Dans les autres parties de l'île, l'épidémie fait encore quelques victimes. En Sardaigne, le choléra continue à Cagliari et dans les environs. Dans la Péninsule, on en constaterait encore dans les provinces de Tarente et de Naples, dans les Abruzzes, à Rome et dans les environs.

Hospices civils de Rouen. — Un concours pour l'internat en médecine aura lieu le jeudi 8 décembre 1887. Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de l'administration, quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours.

Grand conseil des vétérinaires de France. — Le grand conseil des vétérinaires de France, qui vient de se réunir à Bordeaux, a adopté la proposition suivante, en ce qui concerne l'importation des animaux : « considérant que, malgré le service d'inspection établi à nos frontières, nous pouvons recevoir des animaux contaminés chez lesquels la maladie éclôt après leur entrée en France ; considérant que le transit des animaux indigènes ou importé d'un département dans l'autre peut créer les mêmes dangers, le Grand Conseil émet le vœu que des certificats d'origine, dans lesquels il sera établi que les animaux pour lesquels ils on été délivrés proviennent de localités indemnes depuis au moins trente jours, soient exigés.

La Statue de Broca a Sainte-Foix. — Le Comité chargé de faire élever une Statue à Paul Broca à Ste-Foix vient de décider que cette Statue serait en bronze et non en zinc, comme on en avait eu d'abord l'intention. Cette décision a été prise à la suite d'une entente avec la Société d'anthropologie qui a mis gracieusement à la disposition du comité le moule de la statue qu'elle vient de faire élever à Paris. Malheureusement le bronze coûte plus cher que le zinc et les ressources du comité se trouvent insuffisantes. Il suffira de mettre une dernière fois à contribution la bonne volonté des nombreux amis et admirateurs du savant anthropologiste pour que cette difficulté soit vite levée. (*Journal de méd de Bordeaux*).

Quarantaines. — Une quarantaine d'observation, dont la durée est fixée à sept jours pour les bateaux à vapeur et à cinq jours pour les bateaux à voiles, a été imposée en Algérie à toutes les provenances d'Italie et de Malte, en raison de l'épidémie cholérique de Sicile. Une quarantaine de dix jours est imposée à Gibraltar aux provenances de Sardaigne. Les provenances de Cagliari sont soumises en Grèce à une quarantaine de onze jours.

Médecins conseillers généraux. — Notre ancien collaborateur, M. le Dr Devins, conseiller d'arrondissement, vient d'être élu conseiller général de la Haute-Loire.

Nécrologie. — M. le Dr Rathier, député de l'Yonne, vient de mourir à Chablis d'une congestion cérébrale; il a été enterré civilement. Il était agé de 59 ans. — M. Drouet, de Briouze (Orne), étudiant en médecine de 1re année à la Faculté catholique de Lille. — M. le Dr Jean Castel, aide-major au 5e cuirassiers, attaché à l'hôpital de Lang-Son (Tonkin), qui vient de succomber dans cette ville, en quarante-huit heures, à une attaque de choléra, à l'âge de vingt-cinq ans. — M. le Dr Wittmann, privat docent à la Faculté de médecine de Buda-Pesth. — Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 84 ans, de M. Legludic, père de M. Legludic, député de la Sarthe, et de M. le Dr Legludic, professeur à l'École de médecine d'Angers. Il avait demandé à ce que ses obsèques soient purement civiles. — La *Justice* du 3 octobre nous annonce la mort de M. le Dr Bigourdan, de Brionne (Eure). « M. Bigourdan, dont les qualités d'homme de cœur sont connues et appréciées de tout le département de l'Eure, a été conduit à sa dernière demeure au milieu d'une affluence considérable. Il s'est néanmoins trouvé un prêtre à qui le défunt avait d'ailleurs donné des soins comme médecin, qui, en chaire, a cru devoir jeter une injure suprême à la dépouille mortelle de cet honnête homme : « Enfin, a-t-il dit, le chef de l'irreligion est mort... je veux dire crevé... » Cet échantillon d'éloquence sacerdotale suffit pour juger l'homme. « Si Jésus-Christ, qui a prêché la charité toute sa vie et qui en a donné l'exemple, revenait sur terre, n'aurait-il pas, ajoute la *Risle*, une brillante occasion de chasser du temple ceux qui se disent ses représentants ici-bas, et qui, néanmoins, vont fouiller les tombes pour exercer des rancunes personnelles? » — M. le Dr Pini, directeur de l'Institut des Enfants Rachitiques de Milan, principal promoteur de la crémation en Italie.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 42. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 15 OCTOBRE 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Attaques d'hystéro-épilepsie supprimées par suggestion hypnotique ;

Par **Paul SOLLIER**, interne à l'Hospice de Bicêtre.

La malade qui fait l'objet de cette observation est une jeune femme âgée de 23 ans. Nous relevons dans ses *antécédents héréditaires* que son *père* était sujet à de violentes colères, et avait, à l'âge de 25 ans, des crises de nerfs pendant lesquelles on était obligé de le maintenir. Plus tard il fit des excès de boisson. On ne sait de quoi il est mort. Sa *mère* était très nerveuse, avait des crises de larmes à la moindre contrariété. Elle est morte d'un cancer de l'utérus. Son *grand père paternel* était très exalté, et a mangé toute sa fortune. La *grand mère paternelle* était sujette à des attaques de nerfs. Rien du côté des *grands parents maternels*. Un de ses *frères* est violent et très nerveux. La moindre contrariété le met en colère, l'indispose, et lui donne de l'angoisse précordiale, l'*autre* est également nerveux et très violent. Enfin sa *sœur* a le caractère des hystériques à un haut degré. Elle est prise, par moments, de tremblements, de syncopes, de crises de larmes. Quelquefois elle se livre à des gesticulations, des cris, des violences lorsqu'elle est contrariée. Elle a un enfant qui montre déjà des dispositions nerveuses.

Dès l'enfance, Mme X... a été sujette à des accidents nerveux. En bas âge elle a eu des *convulsions*. Plus tard, pendant son enfance, elle se mettait dans de *violentes colères*, survenant presque tous les jours, et provoquées par des contrariétés et des émotions causées par les taquineries de son frère qui était méchant avec elle, ou par la vue des scènes très fréquentes entre les parents. « Dans ces colères, nous dit sa sœur, elle devenait toute noire. » — Réglée à 11 ans, elle fit à 12 ans une chute dans l'eau. C'était à la fin de la période menstruelle. Elle fut malade à la suite de cet accident, et les règles, jusque-là régulières, furent supprimées pendant quatre mois. Elles réapparurent ensuite avec régularité et avec abondance, durant huit ou dix jours, et accompagnées de violentes douleurs dans les reins et dans le côté gauche du bas ventre. Etant jeune fille, lorsqu'elle était contrariée, elle avait une sensation angoissante à l'épigastre, remontant à la gorge et lui donnant une envie de pleurer qu'elle ne pouvait cependant satisfaire. A dix-huit ans, elle eut une fièvre typhoïde dont la convalescence fut très longue et pendant laquelle elle fut sujette à de nombreuses syncopes. A la suite d'une scène violente avec un jeune homme qu'elle aimait et que ses parents l'empêchaient d'épouser, et dans laquelle ce jeune homme voulut l'entraîner chez lui malgré sa résistance, elle fut très malade, et pendant toute la nuit eut une sensation angoissante à l'épigastre, pleurant, criant, et se livrant à une loquacité incohérente et involontaire. Mais jusqu'à son mariage, qui eut lieu à 19 ans, elle n'eut en somme aucune grande attaque d'hystérie, n'ayant que des crises de larmes lorsqu'elle était contrariée.

Trois mois après son mariage, ayant eu une violente colère et une contrariété à la mort d'un parent, elle eut une véritable hallucination de la vue, dans laquelle la dernière scène dont nous avons parlé plus haut se présenta devant ses yeux ; elle fut presque aussitôt suivie d'une véritable attaque d'hystérie. Elle n'en eut pas de nouvelles pendant longtemps ; mais environ neuf mois plus tard elle fut prise de vomissements nerveux, le plus souvent alimentaires, quelquefois sanguins, et se reproduisant trois ou quatre fois par jour. Ces accidents durèrent environ six mois. Dix-huit mois après son mariage, à la suite d'une scène avec son mari, elle eut sa seconde attaque qui dura très longtemps et fut suivie de trois autres dans la même journée.

A partir de ce moment, elle en eut tous les jours une ou deux, durant une, deux et même trois heures. Elle entra alors à l'hôpital de Saint-Denis, où elle resta quatre mois. Elle fut soumise à l'électrisation, aux pulvérisations d'éther sur les reins, aux bains chauds, au traitement bromuré, etc., etc. Elle n'en avait pas moins des attaques tous les jours et sortit sans être améliorée. Trois jours après, ne pouvant rester chez elle, à cause des plaintes des voisins, que ses cris gênaient, elle entra à la Salpêtrière dans le service de M. Joffroy. Elle y resta quatre mois, prenant des douches, et traitée par des piqûres d'éther. Les crises ne diminuèrent pas et continuèrent à se reproduire tous les jours. Elle sortit cependant de l'hôpital, et malgré ses attaques put rester trois mois chez elle. Les nouvelles plaintes des voisins la forcèrent à rentrer à la Salpêtrière dans les premiers jours du mois d'août 1886. C'est là que je la vis pour la première fois, remplaçant, pendant les vacances, mon collègue et ami Klippel, dans le service de M. Joffroy. Elle avait alors une ou deux attaques tous les jours, survenant vers midi et cinq heures. L'aura partait de l'ovaire gauche pour remonter à l'épigastre et de là à la gorge. Elle avait quelquefois une hallucination prémonitoire, la même que celle de la première attaque, mais bien moins souvent que lorsqu'elle avait seulement des crises de larmes. Son attaque, qui était toujours fort longue et durait au moins une heure et demie, présentait tous les caractères de l'attaque hystéro-épileptique, avec arcs de cercle, grands mouvements, phase hallucinatoire, cris, etc. On était toujours forcé de lui mettre la camisole et de l'attacher sur son lit. On arrêtait momentanément l'attaque par la compression d'un point situé au niveau du sein gauche, en haut et en dehors du mamelon. La compression ovarienne n'avait aucun effet.

En présence de l'intensité et de la fréquence des attaques qui avaient résisté à tous les traitements, je songeai à utiliser, comme dernière ressource, la suggestion hypnotique. A l'hôpital de Saint-Denis, Mme X... avait déjà été hypnotisée, parce qu'elle n'avait pas de sommeil et pendant cinq semaines on l'endormit artificiellement tous les soirs. Mais on ne lui fit aucune suggestion, car on n'avait pour but que de remédier à l'absence de sommeil. Elle dormait ainsi jusqu'au lendemain matin. L'hypnotisme pur et simple qui amène quelquefois une accalmie ne produisit, dans ce cas, comme on l'a vu plus haut, aucune amélioration. La première fois qu'elle vint à la Salpêtrière, on l'hypnotisa de nouveau sans obtenir plus de résultat.

C'est alors que je voulus tenter la suggestion. Je l'endormis la première fois par pression des globes oculaires, assez rapidement. De la léthargie je la fis passer en somnambulisme par simple friction du vertex et je lui suggérai alors de ne pas avoir de crises pendant le reste de la semaine. On était au mardi et elle *promit* de ne pas avoir d'attaques jusqu'au lundi suivant. — L'effet de la suggestion fut plus complet que je n'osais l'espérer, et pendant tout le reste de la semaine, elle, qui avait des attaques quotidiennes, n'en présenta aucune. Encouragé par ce succès, je l'hypnotisai de nouveau le lundi suivant et lui fis la même suggestion que la première fois, lui demandant la promesse expresse, qu'elle me fit d'ailleurs, de n'avoir plus d'attaques pendant les huit jours suivants, ce qui se produisit exactement. Je dis qu'elle me *promettait*, car en effet je ne me contentais pas de lui suggérer de n'avoir pas d'attaques. Cette simple suggestion ne paraissait pas agir suffisamment sur elle. Lorsque je lui demandais de me promettre de n'avoir plus de crises, elle s'y refusait d'abord avec persistance. Puis tout d'un coup devant mon insistance, elle semblait se rendre à mes raisons et considérer la suppression de ses crises comme possible, puisqu'elle allait mieux et n'en avait plus depuis quelque temps. Il y avait un changement à vue dans ses réponses et elle finissait par me promettre de ne plus avoir d'attaques. Les diverses phases par lesquelles son esprit passe lorsque je la suggestionne ainsi sont toujours les mêmes, et la transition entre sa résistance et son acceptation est toujours très brusque, ainsi que j'ai pu m'en convaincre depuis nombre de fois. — Ceci dit, revenons à la marche de sa maladie. Le lundi, jour où expirait la période de la suggession, n'ayant pu l'hypnotiser le matin, je me rendis auprès d'elle le soir à cinq heures et j'appris qu'elle avait eu une attaque à deux heures de l'après-midi. Cela me convainquit encore davantage que la suppression de ses attaques était due à la suggestion, puisque dès l'instant où la malade n'était plus sous cette influence, elle était reprise par ses crises. Je l'hypnotisai et la suggestionnai de nouveau pour huit jours, pendant lesquels elle n'eut aucune attaque. Cette fois j'eus soin de la suggestionner de nouveau avant que le temps que je lui avais assigné fût expiré. J'essayai d'une plus longue période et lui suggérai de supprimer ses attaques pendant quinze jours. — La suppression persista en effet. Sous l'influence d'une nouvelle suggestion il en fut de même pendant une nouvelle période de quinze jours. La malade voulut alors rentrer chez elle et quitta l'hôpital au commencement d'octobre, n'ayant plus d'attaques depuis un mois. — Depuis cette époque, elle revint me trouver tous les quinze jours, puis seulement tous les mois pour que je l'hypnotise et la suggestionne, en présence de son mari, et jusqu'au mois d'avril 1887 elle n'eut aucune attaque. A cette époque, s'étant considérablement surmenée de travail, malgré mes conseils, et ayant supprimé les douches qu'elle prenait, il est vrai, assez irrégulièrement, elle eut une grande attaque qui d'ailleurs ne se renouvela pas. — Je continuai à l'hypnotiser et à employer la suggestion une fois par mois environ, mais au lieu de la suggestionner pour une période de temps déterminée, je lui faisais promettre de n'avoir plus *jamais* d'attaques. J'eus dernièrement la preuve que cette suggestion à longue échéance avait la même efficacité. L'ayant en effet suggestionnée au commencement de juin dernier, je ne pus la revoir que vers la fin d'août, plus de deux mois et demi après la dernière suggestion. Eh bien ! quoique je l'aie prévenue à ce moment de revenir à la fin de juin, et bien qu'elle n'ait pu le faire, elle n'eut pendant ce long laps de temps aucun accident convulsif. — Aux changements de temps, quand elle a des contrariétés, elle a bien encore des douleurs épigastriques, des envies de pleurer, mais n'ébauche pas la moindre crise. Ces petits accidents se renouvelaient un peu plus fréquemment pendant les deux mois et demi où je restai sans la voir — et il est possible qu'à la longue une véritable grande attaque fût survenue. Elle sent elle-même le besoin qu'elle a de l'hypnotisme et en userait encore plus souvent si je voulais m'y prêter, ce qui serait d'ailleurs parfaitement inutile, puisqu'elle peut très bien se passer d'intervention pendant plusieurs semaines.

Voilà donc une malade qui présentait des attaques d'hystéro-épilepsie aussi terribles par leur intensité que par leur fréquence, qui lui interdisaient tout travail, et qui avaient fini par l'obliger à quitter son domicile à cause des plaintes de ses voisins, et cela sans discontinuer pendant près de quatre ans. Soumise à tous les traitements, elle n'en a obtenu aucune amélioration. Mais cette femme est hypnotisable et suggestible, et sous l'influence de la suggession ces attaques quotidiennes cessent brusquement du jour au lendemain, et ne se reproduisent pas pendant toute une année entière, sauf une seule fois cependant, où la malade était surmenée, surexcitée et débilitée. — On ne peut nier que la suggession hypnotique ne lui ait rendu cet immense service qui lui a permis d'être rendue à sa famille et à ses occupations.

On peut la considérer actuellement comme guérie de ses attaques, et on peut espérer que la guérison entretenue par la suggestion hypnotique pourra persister et peut-être s'établir presque définitivement, si aucun événement ne vient bouleverser l'équilibre nerveux, très instable, de notre malade. Mais est-elle guérie de son hystérie même momentanément ? Telle n'était pas notre espérance, et l'eût-elle été qu'il nous faudrait vite l'abandonner. En effet, malgré la suppression de ses attaques, M^me X... présente un grand nombre de stigmates hystériques caractérisés. L'examen que nous avons fait il y a peu de temps, nous a confirmé tout ce que nous avions rencontré chez elle à cet égard au début, il y a un an. Au point de vue de la *sensibilité générale*, nous trouvons en effet : Anesthésie presque totale à la piqûre, mais plus marquée du côté gauche. — La sensibilité est simplement émoussée au niveau des omoplates, de la partie postérieure du bras droit, du sein droit, du mollet et de la cuisse du côté droit, ainsi que de la partie antérieure de la cuisse gauche. Elle est également émoussée à la partie supérieure droite de la tête. Anesthésie à la chaleur et au froid du côté gauche. Sensibilité émoussée pour ces mêmes agents du coté droit. Il y a un an l'anesthésie était beaucoup plus généralisée. Il existe des points douloureux au niveau de l'ovaire gauche, au-dessus du sein gauche, un autre au-dessous, ainsi qu'un point symétrique au-dessous du sein droit ; un autre au niveau de l'épigastre. Aucun d'eux n'est hypnogène ou hystérogène.

Ouïe. A gauche le tic-tac d'une montre est entendu à deux centimètres de l oreille ; à droite, à 10 centimètres. Appliquée sur le crâne la montre est à peine entendue du côté gauche, tandis qu'elle l'est bien du côté droit.

Vue. De l'œil droit elle distingue les caractères or-

dinaires d'un journal à 30 centimètres de distance; de l'œil gauche à 5 ou 6 centimètres seulement.

La pupille droite est plus dilatée que la gauche. L'iris est un peu plus coloré à droite. Actuellement elle distingue toutes les couleurs, sauf le violet du côté gauche. Il a été un moment où des deux côtés elle ne pouvait distinguer le violet, le champ visuel étant rétréci des deux côtés. Aujourd'hui il est normal à droite, mais encore diminué à gauche.

Goût. La sensibilité gustative est plus obtuse du côté droit et d'une façon générale atténuée sur toute la langue. Le pharynx est complètement anesthésique.

Odorat. La perception des odeurs est presque nulle du côté gauche.

Sens musculaire. Il est aboli du côté gauche. La flexion, l'extension, la torsion du bras gauche ne sont pas perçues. Les yeux fermés elle ne peut trouver [illegible] main gauche avec sa main droite. Du côté droit elle a le sentiment de la flexion, de l'extension et de la torsion. Elle ne peut pas prendre, les yeux fermés, sa main droite avec sa main gauche. Il y a même là quelque chose de particulier; quand on lui dit de chercher sa main gauche avec sa main droite dans laquelle le sens musculaire est conservé, elle essaie, tâtonne dans le vide, comprenant ce qu'on lui demande. Au contraire, quand on lui dit de chercher sa main droite avec sa main gauche, où le sens musculaire est perdu, elle ne paraît pas comprendre ce qu'on veut d'elle, ne fait aucun essai, aucun tâtonnement, demande à plusieurs reprises : « Ma main gauche ? » comme si elle ne savait pas ce que c'est. On lui demande de remuer sa main droite, elle la remue ; mais sa main gauche elle la garde immobile. Il y a suppression complète de la représentation mentale de ce membre gauche, correspondant à la perte du sens musculaire. Mais nous ne voulons pas insister sur ce point que nous nous bornons à signaler en passant, à cause de son intérêt pour l'étude du sens musculaire. — De même, les yeux fermés toujours, elle prend bien son oreille droite avec sa main droite, mais non sa gauche avec la main gauche.

Il nous reste enfin à indiquer un phénomène psychique auquel elle est sujette et que nous avons déjà signalé à propos de ses attaques : je veux parler d'hallucinations de la vue. Ces hallucinations se produisent surtout le soir et la nuit. Elles durent environ cinq minutes. Ce sont des personnes de sa connaissance, mais rien de terrifiant. Il lui semble les voir réellement quoiqu'elle ait conscience que c'est impossible. En outre à ces hallucinations de la vue se joignent des hallucinations de l'ouïe, toujours coïncidentes. Ce sont les personnes qu'elle voit qui lui parlent et auxquelles elle se surprend en train de répondre. — Ces hallucinations sont mobiles et très nettes.

Nous ne voulons pas insister ici sur tous les points intéressants de cette observation, notre but étant seulement de montrer que des attaques d'hystéro-épilepsie peuvent être supprimées par la suggestion hypnotique. Ce moyen est-il toujours applicable et susceptible de réussir ? Nous sommes loin de le penser. Tout d'abord toutes les hystériques ne sont pas hypnotisables ; alors même qu'elles le sont, on ne peut pas toujours les suggestionner ; lorsqu'elles sont suggestibles et que la suggestion persiste un certain temps, nous croyons que dans ces cas l'hypnotisme peut rendre des services. Enfin, comme toujours, à notre avis, il ne faut s'y résoudre que dans les cas graves (tel que celui qui fait l'objet de cette observation , et lorsqu'on l'a employé, en user avec prudence et avec modération. Nous pensons aussi que le consentement de la malade à ce mode de traitement et la confiance qui lui vient des premiers bons résultats ont une grande influence sur son efficacité.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Kyste de l'ovaire ; grossesse ; ovariotomie ;

Par le Dr G. BOUTEILLIER.

Bien que les cas de kystes de l'ovaire guéris par l'ovariotomie soient aujourd'hui extrêmement nombreux, nous croyons devoir publier le suivant, qui a offert plusieurs particularités que nous relèverons en terminant :

OBSERVATION. — *Kyste de l'ovaire compliqué de grossesse ; extrême minceur des parois du kyste, adhérences intestinales. — Difficulté de diagnostiquer les adhérences d'un kyste avec la vessie.*

Mme N..., demeurant à Beaufai (Orne), est âgée de 32 ans. Réglée à 18 ans, elle est accouchée, pour la première fois, à l'âge de 23 ans 1/2. La délivrance, faite par une sage-femme, aurait occasionné la sortie de la matrice, qui fut rentrée à l'aide du poing et du genou, parce que l'accouchée poussait malgré elle. C'est à cet accident qu'elle attribue l'origine de son kyste ovarique (?). Trois mois après, elle a commencé à sentir dans le bas-ventre une boule grosse comme le poing, qui disparaissait pour se reproduire huit ou dix jours avant les règles.

En mars 1884, cette femme, que je ne connaissais pas, vint me prévenir pour son accouchement. Je la trouvai tellement grosse que je pensai à une complication. En effet, un examen attentif me permit de reconnaître une *grossesse* de sept mois, compliquée d'un *kyste de l'ovaire*. L'enfant occupait le côté droit du ventre et refoulait le kyste à gauche. Au bout de quelques jours, cette femme fut prise d'une oppression extrême, au point qu'il lui devint impossible d'attendre sa délivrance et que je dus lui faire, à la fin de mars, une ponction qui donna issue à 8 litres 1/2 de liquide limpide, mais légèrement brunâtre. Aucun accident ne survint, et, le 25 mai, Mme N... accoucha heureusement d'un enfant bien conformé et à terme.

Au mois de juillet suivant, le kyste avait repris son volume ancien et gênait de nouveau la malade, qui voulait une seconde ponction. Je m'y opposai et lui proposai pour plus tard une opération radicale. Toutefois je la conduisis à l'hôpital Beaujon pour la présenter à mon excellent maître, M. Léon Labbé. Il était alors absent. M. le Dr Bouilly, qui le remplaçait, voulut bien examiner ma malade, il confirma mon diagnostic, et tout en m'autorisant à faire une seconde ponction, si l'état de Mme N..., l'exigeait, il fut d'avis d'ajourner l'ovariotomie, à cause de la date trop rapprochée de l'accouchement.

Enfin la malade, qui n'eut pas à subir de seconde ponction, entra, vers le 15 octobre 1884, dans le service du Dr Labbé et fut opérée le 28 par cet habile chirurgien, avec notre aide et celui des Drs Ch. Labbé et Schwartz, dans un pavillon isolé, chauffé depuis deux jours et désinfecté. L'opération nous révéla un kyste à parois extrêmement minces, avec adhérences de l'intestin grêle, qui demandèrent une dissection longue et minutieuse et la ligature de nombreux vaisseaux. Ce n'est que grâce à l'extrême prudence de l'opérateur que le bistouri n'ouvrit pas du premier coup la paroi du kyste, tellement elle était mince. La ponction fournit 8 litres environ d'un liquide citrin. Toutes les ligatures furent faites avec du catgut. Le pédicule, fortement lié en deux parties, fut rentré dans le ventre et le pansement listérien appliqué dans toute sa rigueur. L'opération avait duré une heure et demie. La malade, complètement guérie, sortit de l'hôpital le 21 novembre, c'est-à-dire vingt-quatre jours après l'opération et dut quitter Paris de suite à cause du choléra qui venait de faire son apparition. Aujourd'hui, c'est-à-dire deux ans et dix mois après l'ovariotomie, la femme N... se porte très bien.

Nous avons cru utile de publier cette observation pour les raisons suivantes : 1° Développement parallèle de la

grossesse et du kyste ; accouchement normal et à terme, grâce à la ponction. 2° Extrême minceur des parois du kyste contre laquelle un opérateur prudent doit toujours se mettre en garde pour s'éviter de graves mécomptes. 3° Difficulté de diagnostiquer les adhérences qui unissent parfois la vessie à la poche kystique. On a prétendu que, pendant le cathétérisme qui doit précéder l'opération, si l'urine cesse de couler lorsqu'on fait remonter le kyste, c'est que des brides l'unissent à la vessie. Ce fait a été constaté chez notre malade, dont cependant la vessie était absolument libre et seulement en contact parfait avec le kyste. 4° Adhérences qui unissaient l'intestin au kyste sur une longueur de 10 centimètres environ et qui ont nécessité une dissection difficile. Grâce à une toilette minutieuse, à un lavage et un pansement antiseptiques, on a pu rentrer le pédicule dans la cavité abdominale et fermer complètement la plaie.

Ce fait, admis d'ailleurs par la grande majorité des chirurgiens, est en contradiction avec l'opinion du Dr Lawson Tait, chirurgien de l'hôpital de Birmingham, qui, sur une série de 100 ovariotomies, n'ayant eu que 3 insuccès, attribue ce résultat au complet abandon de l'usage de l'acide phénique et de tout autre système antiseptique (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès international des Sciences médicales de Washington et la Presse Américaine et Anglaise.

D'une façon générale la presse américaine a souhaité le succès au Congrès et a fait ses efforts pour y contribuer. Nos lecteurs se rappellent (2) que pendant les préparatifs il y avait eu quelque opposition de la part de certains journaux qui avaient peu de confiance dans la réussite. — Le *Pacific Medical and Surgical Journal* de San-Francisco, le *St-Louis Medical and Surgical Journal*, le *Medical and Surgical Reporter* de Philadelphie, parus au commencement de septembre souhaitent le plus grand succès au Congrès qui va s'ouvrir et la bienvenue aux membres étrangers qui ont affronté la traversée. Ils espèrent que tout le monde fera ses efforts pour obtenir le succès qu'on n'avait pas eu à Philadelphie il y a vingt et un ans, et cela en dépit des factions opposées. Le *Philadelphia Medical Times* du 3 septembre, dans son numéro qui a précédé le Congrès, dit qu'il s'est toujours fait le défenseur du Congrès et blâme énergiquement ceux qui ont essayé d'empêcher son succès. « Leur offense ne peut être ni pardonnée, ni oubliée. »

La *Weekly Medical Review* de St-Louis du 18 septembre estime à 3,000 le nombre des médecins qui sont venus au Congrès. Il fait un simple compte rendu des séances sans appréciation.—Le *Journal of Medical Association* de Chicago, de la même date, donne un nombre des membres inscrits analogue, 2,800. Il ajoute que le plus grand nombre des membres dans les Congrès précédents a été de 3,182 à Londres en 1882. Mais à Londres il y avait 1,145 médecins nationaux, tandis qu'à Washington il y en avait seulement quatre cents. Le succès du 9e Congrès ne réside pas seulement dans ces nombres ; un regard jeté sur le programme des sections montre qu'au point de vue de la valeur et de l'intérêt scientifiques, ce Congrès ne reste en arrière d'aucun des précédents. Dans son numéro du 17 septembre il répète encore que le Congrès de Washington a été sous beaucoup de rapports un succès et que, de l'avis de plusieurs confrères d'Europe, aucun autre ne pouvait lui être comparé au point de vue scientifique. Il espère que les Européens emporteront du pays et de ses institutions une opinion plus favorable que celle qu'ils peuvent s'en faire d'après les Américains qui voyagent en Europe. L'Amérique s'efforcera de montrer aux étrangers que la science n'a pas de patrie et que l'hospitalité et la fraternité peuvent et doivent s'y rencontrer.

La *Medical Press and Circular* (de Londres) enregistre aussi un succès dans son numéro du 28 septembre. « Maintenant que le Congrès est terminé, dit ce journal, on peut donner son opinion sur ce qu'il a été par rapport aux précédents. On était curieux de voir quelle sorte d'enfant adviendrait après une gestation si laborieuse et si orageuse. Il n'y a pas de doute qu'en dépit de l'abstention d'une section et de l'opposition d'une autre, le Congrès n'ait été un véritable succès. Il est vrai que beaucoup de noms illustres de l'autre côté de l'Atlantique brillaient par leur absence, mais un grand nombre de talents très distingués, sinon aussi connus étaient représentés. Les sections spéciales étaient particulièrement bien représentées. » Le journal adresse ensuite de nombreuses louanges sur les différentes parties du programme. Dans le numéro du 5 octobre, il déplore les conflits qui sont survenus pendant le Congrès et espère que le Congrès de Berlin servira de terrain de réconciliation. L'abstention des plus brillantes lumières de la médecine a eu pour avantage de montrer que l'érudition scientifique et l'habileté pratique n'étaient pas seulement confinées aux États de l'Est. Dire que la valeur scientifique du Congrès était moindre qu'aux Congrès précédents c'est avouer ce qui était inévitable, étant donné les circonstances dans lesquelles il a eu lieu. « Les discussions et les communications les plus importantes se sont produites dans les sections spéciales, mais la section de médecine générale a été au-dessous du niveau ordinaire. » Cette dernière opinion paraît être celle de la majorité.

L'*American Practitioner News*, de Louisville, du 17 septembre regarde le Congrès comme un succès. La mesure réelle de son mérite scientifique ne peut être appréciée qu'en comparant son œuvre à celle des précédents. Pour lui le nombre des visiteurs a été plus grand qu'on ne s'y attendait.

Voilà les louanges ; voici maintenant les critiques. Nous avons publié dans un numéro précédent celles du *British Medical Journal*. En Amérique, c'est le *Boston Medical and Surgical Journal* du 15 septembre qui les formule.

« Au point de vue unique du nombre, le Congrès est un succès modéré, mais si on considère les facilités que les médecins étrangers avaient pour y venir, on peut dire qu'il est plus que modeste. Le nombre des étrangers était réellement petit, 150 environ. Il y avait certes des Américains et des étrangers distingués, mais il

(1) *British Med. Journ.*, 28 octobre 1882 et *Progrès médical* 18 novembre 1882.

(2) Voir *Progrès médical*, n° 50, 1er décembre 1885, p. 403. L'article publié à cette époque se terminait ainsi : « Nous faisons appel à l'union et à la concorde ; il serait d'autant plus fâcheux de constater l'avortement du Congrès de Washington que la grande nation américaine a tout ce qu'il faut pour donner à ce Congrès un éclat égal ou supérieur à [illegible]. » ([illegible]).

en avait plus de remarquables par leur absence que par leur présence. »

Cette assertion concorde, on le voit, avec ce que dit à cet égard la *Medical Press and Circular*. En d'autres termes, on semble reprocher au Congrès de n'avoir pas attiré plus de noms illustres, et dire que sous ce rapport il a été au-dessous des précédents. — Le journal de Boston pense qu'il est encore trop tôt pour juger définitivement les communications et les discussions, mais il constate qu'il y avait un grand désappointement pour la section de médecine générale, ordinairement la plus importante. « Les discussions, sauf dans quelques sections, dit-il, étaient bien maigres. » Les aménagements étaient insuffisants ou mal combinés. Le manque d'argent en était cause, et le rappel des fonds nécessaires était une des plus lourdes responsabilités du Comité exécutif. — En somme « on peut en parler comme d'un succès d'estime et voilà tout, mais il est difficile de le faire avec plus d'enthousiasme. »

C'est le seul parmi les principaux journaux américains qui ne considère pas le Congrès comme un succès. Les critiques sont même assez vives et s'adressent aux moindres détails, ce qui leur donne plus de valeur qu'aux appréciations des autres journaux qui se bornent simplement à quelques lignes bienveillantes.

Le *New-York Medical Journal* est d'un avis tout opposé en ce qui concerne les communications d'ordre général qu'il considère au contraire comme ayant été toutes d'un caractère à commander l'attention générale. Ce journal apprécie surtout l'incident Durante-Semmola.

« Sans doute il était difficile qu'une si grande entreprise que l'organisation d'une assemblée aussi considérable que le Congrès actuel composée d'un grand nombre d'étrangers, pût aboutir sans quelque incident. Il n'en est pas moins déplorable que l'émulation de deux représentants distingués d'un gouvernement étranger ait amené une querelle à propos de la présence de l'un d'eux. D'ailleurs on pouvait s'arranger pour faire deux réponses au nom de l'Italie. » « Si on doit tirer une leçon de cet incident, il nous semble que c'est celle-ci : qu'il n'est pas sage pour aucun des membres d'une assemblée scientifique de s'y rendre revêtu de quelque autre dignité que celle qui appartient à son état professionnel. A notre idée, les représentants des gouvernements ne sont pas nécessaires. »

Arrêtons-nous sur cette moralité et constatons que si la presse médicale américaine semble avoir été très divisée avant la réunion du Congrès, sur le succès probable de celui-ci, et sur les efforts à faire pour y arriver, elle ne paraît pas être moins partagée sur les appréciations qu'elle en donne soit dans le cours du Congrès, soit après.

Concours de l'internat : Question de la limite d'âge.

Les raisons que nous avons données, pour justifier l'admission au concours de l'internat des internes provisoires, ont été reconnues excellentes et il a été décidé que cette année, comme par le passé, tous les internes provisoires, sans distinction d'âge, seront admis à prendre part au concours. Nous estimons que M. le directeur de l'Assistance publique pourrait maintenir, sans inconvénient, la tradition libérale qui existait jusqu'à ce jour ; si pour des motifs que nous n'apercevons pas, il voulait faire exécuter l'article du réglement relatif à la limite d'âge, il est indispensable qu'il en prévienne le plus tôt possible tous les intéressés par un avis public.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 septembre 1887. — Présidence de M. Hervé-Mangon.

M. H. Peyraud étudie les *effets physiologiques de l'essence de tanaisie ou herbe aux vers*. Les effets toxiques de cette essence se rapprochent peu du type épileptique, mais beaucoup du type rabique. Chez le lapin, empoisonné avec cette substance, tous les phénomènes de la rage se retrouvent : hallucinations, convulsions, perte de connaissance, opisthotonos, spasmes des muscles du pharynx, du larynx et de tout le thorax, salivation abondante, phénomènes asphyxiques, excitabilité sensorielle, tendance à mordre, cri rauque caractéristique, diminution de la sensibilité et du mouvement, paralysie momentanée, mucosités spumeuses sanguinolentes de la trachée et des bronches, hémorragies sous-pleurales, infarctus sanguins du foie. Aussi M. Peyraud donne-t-il aux effets tanacétiques le rôle de rage tanacétique, rage artificielle, simili-rage.

MM. Joffroy et Achard décrivent la *pathogénie de la myélite cavitaire*, dont la lésion principale consiste dans la présence de pertes de substance au sein du tissu médullaire. Cette myélite détermine l'obstruction des vaisseaux nourriciers de la substance grise situés au voisinage de l'épendyme et par suite elle donne lieu à des foyers de ramollissement. La formation de la paroi limitante est postérieure à toutes ces altérations et sa pathogénie serait la même que pour la paroi des anciens foyers d'hémorragie ou de ramollissement du cerveau. Cette interprétation diffère absolument de celle de John Grimm et des auteurs allemands qui trouvent dans la constitution de cette fausse membrane vasculaire bourgeonnante, les caractères d'une tumeur qui serait l'origine de tout le processus, pendant que MM. Joffroy et Achard, au contraire, ne voient dans cette paroi que la terminaison de la lésion, qu'un processus de cicatrisation.

M. Marey continue ses recherches sur *la mesure des forces qui agissent dans le vol de l'oiseau*. L'anatomie montre que presque toutes les masses musculaires qui agissent sur l'aile de l'oiseau servent à en produire l'abaissement. D'autre part, les données cinématiques tirées de la photochronographie font voir que, pendant l'abaissement de l'aile, la masse de l'oiseau est soutenue contre la pesanteur et poussée en avant, malgré la résistance de l'air. Enfin, d'après l'angle que fait le plan de l'aile remontante avec la direction de son mouvement de translation, il est évident que l'air ne peut agir que sous sa face inférieure, de manière à soutenir le poids de l'oiseau à la façon d'un cerf-volant, en lui faisant perdre une partie de la vitesse acquise pendant l'abaissement de l'aile. M. Marey étudie les deux composantes de la force motrice de façon à déduire sa valeur totale. La force spécifique des muscles pectoraux du goëland est de 1 kil. 672.

Séance du 3 octobre 1887. — Présidence de M. Hervé-Mangon.

MM. Marey et Demeny apportent de nouveaux documents à l'*étude expérimentale de la locomotion humaine*. Les mouvements propres du tronc sont : 1° des torsions suivant un axe vertical, — 2° des torsions suivant un axe horizontal ; — 3° des mouvements de totalité (balancement d'avant en arrière et balancement latéral). Dans la marche, l'écart latéral maximum a lieu pendant l'appui unipédal. il coïncide avec le maximum d'élévation de la tête au-dessus du plan horizontal et avec le minimum de la vitesse horizontale de la masse du corps. Dans la course, l'écart latéral maximum a lieu pendant l'appui ; il coïncide avec le minimum d'élévation de la tête au-dessus du plan horizontal. ainsi qu'avec le minimum de la vitesse horizontale de la masse du corps. Dans la marche, la hanche est portée en avant, en même temps que le membre inférieur oscillant, tandis que la hanche opposée correspon-

dant au membre à l'appui reste en arrière. Dans la course, la torsion du bassin est moins considérable que dans la marche: son maximum a lieu au moment de la suspension du corps. — Le mouvement des épaules se fait en sens inverse de celui de l'axe du bassin. La ligne des hanches s'abaisse du côté de la hanche suspendue et ce mouvement subsiste à toute allure marchée ou courue. La ligne des épaules se relève du côté de la hanche suspendue. Le corps s'incline en avant pendant la première moitié de l'appui et en arrière pendant la seconde moitié.

M. Verneuil étudie *l'étiologie du tétanos* et se déclare convaincu de la non-existence du tétanos spontané. En effet, un trauma quasi-microscopique (piqûre par aiguille à coudre, seringue de Pravaz ou épine des champs, égratignure ou écorchure mesurant à peine quelques millimètres) est facilement suivi de tétanos véritablement traumatique. Diverses plaies pathologiques (brûlures, gelures, ulcères simples ou spécifiques) ou consécutives à une escharre inflammatoire ou ulcéreuse de la peau ou des muqueuses peuvent, avec le concours d'une cause déterminante, devenir le point de départ d'un tétanos, qu'on pourra appeler pathologique, si l'on veut, mais non point spontané. Des blessures et des plaies peuvent engendrer le tétanos, même, après une cicatrisation complète, plus ou moins ancienne, c'est-à-dire pouvant remonter certainement à plusieurs années, point tout à fait capital, imposant une longue enquête rétrospective, qu'on fait bien rarement. M. Verneuil est partisan de l'opinion qui assimile le tétanos aux maladies microbiennes, virulentes ou infectieuses. Il croit qu'il n'y a qu'une cause réelle : un virus venu du dehors et pénétrant dans l'organisme à un moment donné, mais ne s'y formant jamais de toutes pièces ni spontanément. Si l'on voulait conserver une division dichotomique, on pourrait admettre un *tétanos par effraction* et un *tétanos par absorption* (muqueuse respiratoire, peau.)

M. Brown-Séquard décrit *les mouvements de contraction et de relâchement, en apparence spontanés, qui se produisent dans les muscles, après la mort, tant que dure la rigidité cadavérique.* Ces mouvements, qui ont pu être enregistrés par la méthode graphique, ne manquent que dans de rares circonstances. Ils semblent quelquefois être très réguliers, presque rythmiques; mais la régularité n'apparaît que tardivement, après le deuxième jour au moins. Les très grands mouvements ne paraissent que deux, trois ou quatre jours après la mort: ils se montrent parfois vers la troisième ou la quatrième semaine. Les muscles paralysés par la section du sciatique ne présentent pas de mouvements, sauf l'allongement du début, alors qu'il y a perte de l'influence tonique de la moelle épinière. Les muscles épuisés par des courants faradiques énergiques ne présentent pas de raccourcissement, mais un allongement très considérable. Si l'on compare les muscles des deux côtés du corps d'un même animal, on touche presque toujours une analogie considérable entre les deux côtés. Si la comparaison porte sur les muscles des deux animaux, on constate des différences considérables et souvent radicales. Ces mouvements n'ont pas leur cause essentielle dans les conditions physiques extérieures, car des muscles d'animaux différents donnent lieu, dans le même temps, à des graphiques très variables; un muscle peut se contracter pendant qu'un autre se relâche ou reste au repos. Ces mouvements dépendent de la persistance de l'irritabilité musculaire, c'est-à-dire de la propriété fondamentale du tissu musculaire vivant pendant la rigidité cadavérique et jusqu'à la putréfaction. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 octobre 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Laborde communique, au nom de M. Pitres (de Bordeaux), une observation relative à des *ulcérations imaginaires de la langue*, chez un hypochondriaque sujet à du délire et à des douleurs exacerbantes.

M. Chedevergne (de Poitiers), à l'occasion de la récente communication de M. Brouardel sur la *Suette miliaire du Poitou*, s'est efforcé d'établir l'origine de cette maladie. M. Brouardel suppose que cette suette est autochtone. En 1845, une épidémie de suette s'est produite à Poitiers; depuis cette époque, les faits ont été peu nombreux. Depuis dix-sept ans, M. Chedevergne a rencontré cette maladie une douzaine de fois, à titre d'affection secondaire, chez des gens affaiblis; il n'a jamais constaté deux cas de suite; par conséquent, pas de contagion. Le moindre intervalle est d'un an. Cette endémie n'est saisissable que pour peu de praticiens : sa puissance morbifique est tellement amoindrie qu'elle ne peut atteindre que des gens déjà terrassés; tandis que la suette de Montmorillon s'attaquait habituellement à des sujets vigoureux. Cette fièvre éruptive a présenté, en toutes circonstances, la symptomatologie complète de la rougeole. Tantôt c'est au milieu d'une rougeole normale, en apparence, que le deuxième ou le troisième jour apparait un exanthème du meilleur aspect; celui-ci pâlit inopinément dès que l'agitation est excessive; la fièvre s'élève, le délire éclate et est remplacé par le coma; la mort arrive au bout de dix ou douze heures. Tantôt, au contraire, il s'agit d'une rougeole avec miliaire confluente, et les choses marchent plus lentement d'abord, pour se terminer avec la même violence. Qu'il y ait ou non miliaire, ce sont les morts par phénomènes encéphaliques qui constituent la caractéristique de cette épidémie de rougeole. Lorsque la miliaire confluente s'est manifestée, elle a paru aggraver dans de grandes proportions la rougeole; lorsqu'elle était généralisée, elle a plus particulièrement envahi les sujets très malades d'avance. Qu'est-ce que cette miliaire ? Est-ce la miliaire vulgaire, simple éruption sudorale? Est-ce la suette miliaire ? Ce n'est pas la suette miliaire primitive, puisque cette forme ne se révèle qu'au troisième ou quatrième jour de l'éruption morbilleuse; c'est une suette secondaire, à part. Il ne faut pas, enfin, la confondre avec la suette rubéolique de M. Brouardel, puisque celle-ci simule la rougeole et que celle-là la complique.

M. Ernest Besnier lit un rapport sur *la lèpre*, à l'occasion d'un travail présenté à l'Académie par M. Leloir (de Lille). Ce rapport se trouve résumé dans les considérations suivantes : Loin d'être une maladie éteinte, la lèpre tient, au contraire, une grande place dans l'épidémiologie générale et internationale; elle présente pour notre pays un intérêt direct. Ce n'est ni une maladie spontanée ni une affection accidentelle ou toxique; c'est une maladie exclusivement humaine, spécifique, avec un élément bactérien déterminé. Elle est transmissible dans des conditions en partie dévoilées, en partie ignorées; l'homme semble être le seul agent de cette transmission; il est à peu près certain qu'elle peut être inoculée, pendant la vaccination, par exemple; il est certain que l'homme la transporte d'un lieu dans un autre et qu'elle reste attaché à lui, non au sol; il est certain qu'on peut la contracter par hérédité, mais le péril héréditaire est infiniment moins grand qu'on ne le croit encore. Des conditions extrinsèques, telles que la misère sociale et la promiscuité sordide, favorisent la propagation de la maladie; les conditions inverses annihilent à peu près sa faculté contagieuse. Dans ces conditions, la médecine peut opposer à la lèpre une prophylaxie certaine, basée sur les progrès de l'hygiène et de la sociologie générales, sans avoir recours aux procédés cruels d'un autre âge, et en restant fidèle aux principes de liberté et d'humanité qui sont la gloire la plus pure de notre époque.

M. Le Dentu fait une communication sur un malade opéré et guéri d'un *kyste du mésocolon transverse d'origine traumatique*. La laparotomie, la fixation de la poche, l'incision de la paroi abdominale, le drainage à tubes multiples, tels furent les temps du traitement adopté par M. Le Dentu. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance 12 du octobre 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Guéniot, à propos de la communication qu'a faite M. Desprès dans la dernière séance, rappelle qu'il y a quelques années

il a publié, dans les *Archives de Tocologie*, un travail sur le *Prolapsus pariéto-viscéral chez la femme*, On y trouvera des observations analogues à celle de M. Desprès. Pour lui, la lésion est un amincissement de toutes les couches de la paroi abdominale. Il ne peut être question de paralysie des muscles de la paroi du ventre, puisque ces muscles n'existent pas ou du moins sont réduits à quelques fibrilles éparpillées çà et là dans les couches fibreuses. Il compare ce ventre pendant à un immense sac herniaire. Il a noté quelquefois un retentissement du côté du cœur. Il conseille l'usage d'une ceinture spéciale qui embrasse bien le ventre et permet au malade de porter son ventre sur ses épaules. Il faut bien distinguer ce prolapsus pariéto-viscéral du *prolapsus graisseux ou tablier*.

M. Desprès demande à M. Guéniot s'il a examiné la contractilité électrique des muscles qu'il croit absents. Généralement le ventre pendant se produit après la troisième grossesse. Le fait est très rare chez une primipare.

M. Guéniot répond qu'il n'avait pas à rechercher la contractilité de muscles qui n'existent pas. M. Desprès aura beau dire et beau faire, son cas n'est pas très rare; on voit ce prolapsus se produire surtout chez les femmes maigres et sèches.

M. Desprès insiste sur ce fait : la difficulté qu'avait la malade à rendre des gaz, tant son intestin était distendu et pour ainsi dire paralysé. D'autre part, l'utérus était entraîné en avant par le prolapsus des viscères à un tel point qu'on ne le sentait qu'à peine par le toucher.

M. Guéniot insiste sur la diminution de pression dans la cavité abdominale pour ces cas de prolapsus. Les hernies sont impossibles.

M. Kirmisson. — M. Desprès a eu tort d'avancer que Duchenne (de Boulogne), dans son livre, ne décrit pas la paralysie des muscles de l abdomen.

M. Desprès.—Ce que Duchenne a décrit n'a rien à voir avec mon cas.

M. Humbert, à propos du procès verbal, cite un cas de *guérison d'emphysème septique*. Homme de 45 ans, ayant reçu un coup de fusil de chasse dans la partie postérieure de la cuisse droite. Trois jours après, œdème de la cuisse, coloration bronzée, vaste foyer gangréneux au niveau de la plaie. Etat général assez bon, La désarticulation de la cuisse ne pouvant être tentée dans ces conditions, M. Humbert se décide à pratiquer de grandes incisions superficielles qu'il agrandit en cautérisant les couches sous-jacentes au thermocautère. Après la chute des eschares, la plaie bourgeonne. Le malade conserve son membre et guérit. Les cas de septicémie gangréneuse avec emphysème guérissent surtout s'ils sont sporadiques. C'est là un des rares exemples où il y a eu guérison sans amputation. Il conseille, dans des faits analogues, de suivre son exemple.

M. Delens cite un cas de septicémie gangréneuse qui a guéri après amputation.

M. Polaillon rappelle qu'on se demande souvent si on peut amputer en plein tissu infiltré de gaz septiques. Il croit qu'on peut le faire et cite des observations à l'appui (obs. de Paquet communiquée à l'Acad. de méd.).

M. Terrillon fait un rapport sur une observation de M. Routier intitulée : *Ablation des annexes de l'utérus malades. Laparotomie. Guérison.* Femme de 38 ans, ayant eu un enfant à 29 ans après un accouchement très pénible. Depuis, douleurs continuelles dans le ventre, tuméfaction dans le flanc droit. Crises douloureuses de temps en temps. Un écoulement purulent abondant par l'orifice utérin, l'immobilité de l'utérus, la tuméfaction du flanc, l'état général grave, font porter le diagnostic de *Salpingo-ovarite suppurée* et recommander la laparotomie immédiate. L'opérée a guéri et l'examen des pièces anatomiques a montré que le diagnostic était exact. M. Terrillon, avec M. Routier, insiste : 1° *Sur le siège de la suppuration*. Autrefois on aurait diagnostiqué un phlegmon du ligament large. 2° *Sur le mode de début*, à la suite d'un premier accouchement. La pyosalpingite a été secondaire et la lésion ascendante. 3° *Sur l'écoulement du pus par l'orifice du col de l'utérus, alors que la malade ne se plaignait que de pertes blanches.* 4° *Sur la nature de l'intervention* : il n'y avait à tenter que la laparotomie.

M. Pozzi conseille, lors de l'examen des organes malades, de rechercher s'il y a oui ou non des *gonococci* dans le pus. On sait qu'en Allemagne beaucoup d'auteurs prétendent que la pyosalpingite est très souvent, sinon toujours, d'origine blennorrhagique.

M. Guéniot demande à M. Terrillon comment dans des cas analogues on peut faire le diagnostic de salpingo-ovarite et éliminer celui de phlegmon des ligaments larges ou de la péritonite.

M. Bouilly a fait rechercher les *gonococci* dans le pus de trompes enlevées par la laparotomie. Pour lui, la pyosalpingite est le plus souvent consécutive à des lésions puerpérales et survient surtout après l'avortement.

M. Terrillon fera désormais rechercher les *gonococci*. Il a observé un cas dans lequel la pyosalpingite était nettement d'origine blennorrhagique (pas de grossesse et mari infecté). Il répond à M. Guéniot que, pour lui, les phlegmons du ligament large n'existent pas ; ce sont des salpingo-ovarites avec fausses membranes. Un bon signe diagnostique, c'est que ces lésions sont toujours *doubles*.

M. Bouilly insiste sur la valeur du palper hypogastrique combiné au toucher vaginal comme moyen de diagnostic.

M. Horteloup, avec M. Routier, a opéré à la Maison de Santé une femme atteinte de pyosalpingite tuberculeuse double ; la malade a guéri.

M. Magitot lit un travail sur les *kystes du maxillaire supérieur* à propos d'une observation adressée à la Société. Il s'agissait d'un catarrhe du sinus consécutif à un kyste ouvert dans le sinus maxillaire. La trépanation du sinus a amené la guérison. M. Magitot profite de l'occasion pour rappeler qu'il ne peut admettre la théorie défendue par MM. Malassez et Albarran et termine en indiquant quels sont les modes de trépanation du sinus: 1° *Voie nasale*, dite physiologique, quoiqu'elle soit à peu près impossible à suivre. On comprend qu'il s'agit presque d'un tour de passe-passe. Peut-on vraiment avoir la prétention d'entrer facilement dans le sinus par son orifice nasal ? Il est vrai qu'on peut procéder plus simplement et perforer la paroi osseuse nasale. 2° La *voie vestibulaire*. 3° La *voie alvéolaire* qui s'impose, puisque la première indication est d'arracher la dent, point de départ du kyste.

M. Desprès. — M. Magitot croit-il qu'on peut refermer sans danger l'ouverture faite dans le sinus ? Pour lui, il ne le pense pas, car à la suite d'essais de cette sorte il a eu des accidents ; aussi emploie-t-il un obturateur mobile en argent fixé à une dent. Le malade l'enlève chaque matin pour laver son sinus.

M. Magitot. — Quand l'ouverture est récente, on peut espérer l'oblitération spontanée du sinus et elle a lieu sans accidents. A une époque tardive, il n'en est plus ainsi.

M. Larger montre un *lipome pur congénital de la région de l'aine* qu'il a enlevé à un enfant de 9 mois; il est de la grosseur d'un œuf de poule. La littérature médicale ne fournit qu'un cas analogue cité dans la thèse de Sénac.

M. Lannelongue a observé un cas de *lipome congénital dans la région crurale*. Les lipomes congénitaux les plus fréquents sont ceux du dos. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 22 juin 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. Bailly (de Chamblis), grand partisan de la cautérisation ignée dans diverses affections locales telles que l'hydarthrose, la tuberculose au début et certaines manifestations scrofuleuses, a cherché quel était l'agent anesthésiant qui permettait le mieux d'abolir la douleur. Il a expérimenté à cet effet la glace mélangée avec du sel marin, la cocaïne additionnée ou non d'acide phénique, mais tous ces agents lui ont paru inférieurs au chlorure de méthyle employé suivant la méthode préconisée par M. Debove. Aussitôt que sous l'influence de la pulvérisation, la peau est devenue blanche, il faut s'arrêter et pratiquer immédiatement les cautérisations qui s'effectuent alors sans douleur.

M. Dupont présente à la Société un appareil qu'il a fait construire en vue de la préparation extemporanée de l'oxygène. Il suffit de verser de l'eau oxygénée à 20 volumes, liquide que l'on se procure très facilement dans le commerce, dans des flacons à deux tubulures renfermant du bioxyde de manganèse pour qu'immédiatement ce changement ait lieu.

M. Bocquillon estime qu'il est fort nécessaire de spécifier qu'il faudra toujours se servir du bioxyde de manganèse, car mise en présence d'autres corps, le sulfure de barium ou l'oxyde d'argent par exemple, l'eau oxygénée se décompose assez brusquement pour donner lieu à une détonation.

M. C. Paul a expérimenté le *Grindelia robusta*, plante originaire de la Californie, appartenant à la famille des composées dont les capitules sont enduites d'une résine à laquelle elle doit ses propriétés thérapeutiques. Il est même bon de dire que lorsque la préparation n'a pas l'odeur térébenthinée spéciale à la résine, il faut se méfier de la fraude qui en France s'exerce déjà sur ce produit. L'extrait fluide de *Grindelia* est administré en Amérique jusqu'à la dose de 7 gr. 50 par jour ; l'auteur n'a jamais dépasssé 3 à 4 grammes et a obtenu quelques effets dans ce traitement des bronchites chroniques accompagnés ou non d'asthme symptomatique.

M. E. Labbée, par contre, n'a obtenu aucun effet thérapeutique ou physiologique de cette préparation; mais il ne l'a administrée qu'à la dose de trente gouttes par jour.

Séance du 13 juillet 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. Blondel lit une brochure de M. Chapiroff (de Saint-Pétersbourg) sur l'action physiologique et thérapeutique du triméthyl-carbinol. Cet alcool tertiaire jouirait à l'inverse des alcools primaires de la propriété de déprimer sensiblement les fonctions du système nerveux central. Chez l'homme, administré à la dose de 12 à 15 gouttes par jour, il produit l'abaissement de la pression artérielle, de la somnolence pouvant aller jusqu'au sommeil profond. L'auteur a également étudié le diméthyl-carbinol qui dépasse encore plus considérablement les fonctions du système nerveux que le précédent.

M. Créquy a soigné plusieurs employés de la Compagnie du gaz atteints de variole. De l'enquête à laquelle il s'est livré, il semblerait résulter que la contagion est partie des baraquements de l'hôpital Saint-Louis appelés au traitement des varioleux. C'est là une question d'hygiène qui mériterait d'être discutée. Gilles de la Tourette.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE VIENNE (*suite*).

Séances de sections.

(3e *journée* : mercredi 28 septembre 1887).

PREMIÈRE SECTION.

M. l'architecte Emile Trélat, de Paris, fait un rapport intitulé : *Moyens de pourvoir les bâtiments de lumière et de chaleur solaires*. Les conclusions que M. Trélat a formulées dans son rapport sont les suivantes : 1° Quel que soit le point de vue auquel on se place, qu'il s'agisse de distribuer la lumière dans les maisons ou de repartir les rayons solaires sur leurs murs, on voit que la connaissance intime des avantages à procurer commande de proportionner l'élevation des constructions urbaines aux vides qui les separent ; 2° Pour l'éclairage, les locaux seront bien disposés si les rues ont une largeur égale à une toise et demie la hauteur des maisons riveraines, et si chaque étage possède une profondeur qui n'excede pas en etendue une fois et demie la hauteur du sommet des fenêtres au-dessus du parquet. Ces conditions limitent la massivite des batiments (1); 3° Pour l'ensoleillement des murs, la prescription est plus simple, mais elle exige entre les constructions des vides bien plus étendus, deux fois à quatre fois la hauteur des maisons, selon qu'il s'agit des rues meridiennes ou des rues équatoriales.

Une longue discussion s'établit sur ce sujet ; plus d'une douzaine d'orateurs y ont pris part. L'architecte Kuarff, de Berlin, proposa comme protection contre la lumière solaire l'emploi de stores avec des fissures perpendiculaires. L'assemblée a accepté toutes les conclusions de M. Trélat.

Dans la seance de l'après-midi, l'ingénieur Konrad a fait une communication sur les progrès de l'éclairage au gaz et sur l'emploi du gaz à eau (*Wassergaz*) au point de vue hygiénique. Il a plaidé pour l'introduction de la lumière électrique dans les théâtres et dans tous les locaux où l'emploi des flammes ouvertes est inadmissible. Après une discussion de longue durée, le sujet a été renvoyé au congrès prochain.

La pratique de la désinfection. — Rapporteurs : MM Richard, de Paris, Soffler, de Berlin, et Dobroslawis, de Saint-Pétersbourg. M. le Dr Richard lit les conclusions suivantes : 1° Pour que la désinfection produise tous ses fruits, il faut qu'une loi générale, liant tout les pays, la rende obligatoire dans les cas de maladies contagieuses graves (parmi lesquelles devrait figurer la tuberculose) ; la même loi devra imposer aux médecins traitants la déclaration obligatoire de ces maladies ; 2° La désinfection ne mérite confiance que lorsqu'elle est faite par un personnel dressé spécialement à cet effet et surveillé par des personnes compétentes ; 3° Au point de vue fiscal, le sentiment dominant semble être la gratuité pour les indigents seulem nt ; 4° Il faut plutôt encourager que décourager les tentatives de désinfection entreprises par l'industrie privée, tout en souhaitant de voir créer partout ces établissements publics de désinfection ; 5° La désinfection des vêtements, meubles, objets de literie s'obtient aujourd'hui d'une manière suffisante avec les étuves à vapeur ; 6° La désinfection des locaux n'est pas facile à obtenir d'une façon sûre avec les moyens dont nous disposons; nos efforts devront tendre à faire disparaître cette lacune la plus sérieuse qui existe dans la pratique actuelle de la désinfection ; 7° Pour les latrines et égouts le seul bon moyen consiste dans une installation irréprochable au point de vue technique et dans un entretien soigneux. Les trois rapporteurs ont été parfaitement d'accord quant à leurs opinions et leurs propositions, ce qui rend les discussions moins pénibles et a fait qu'on est arrivé en peu de temps à des résultats positifs. Il fût résolu à peu près à l'unanimité: La désinfection doit être légalement obligatoire dans tous les pays quand il s'agit de certaines maladie. Les autorités locales doivent mettre à la disposition de la population le personnel et le matériel qui est nécessaire pour la désinfection et, du moins pour ceux qui n'ont pas de moyens, gratuitement. La tuberculose doit être placée dans la classe des maladies qui exigent la désinfection.

La continuation des délibérations sur ce sujet a été ajournée à la séance prochaine.

SECONDE SECTION

Les discussions de la seconde section relatives à l'*enseignement de l'hygiène* se sont terminées par l'acceptation des conclusions que M. le Dr Ganster (de Vienne) a proposées et que l'assemblée a modifiées dans une certaine mesure. Les propositions acceptées sont : 1° L'Etat doit chercher à initier la population aux principes de l'hygiène publique. 2° L'Etat doit créer dans les écoles élémentaires un enseignement sur l'anatomie et la physiologie de l'organisme humain, sur les principes fondamentaux de la préservation de la santé vis-à-vis des influences nocives de la vie, et ce but est à atteindre dans les classes inférieures des écoles par l'introduction de livres de lecture qui traitent ces sujets, et dans les classes supérieures par un enseignement systématique. Dans les écoles de filles, les conditions hygiéniques relatives aux logements, aux soins du corps et à la nourriture sont à traiter un peu plus largement dans leurs principes les plus essentiels. Cet enseignement doit être continué dans les écoles supérieures. 3° Pour aboutir à ce résultat, un enseignement facilement compréhensible et systématique de l'hygiène (et principalement par des médecins) est à créer dans les écoles qui donnent l'éducation à ceux qui aspirent à obtenir plus tard une place comme instituteur ou comme institutrice, et aucun d'eux ne serait pas admis à remplir la place d'instituteur et d'institutrice sans posséder un certificat qui prouverait ses connaissances suffisantes en hygiène. Quant aux médecins, il est indispensable que l'instruction de l'hygiène devienne pour eux obligatoire et de même pour ceux qui font des études techniques. La question de savoir si les étudiants en droit doivent aussi être astreints à subir un enseignement et un examen en hygiène a été approuvée après de longs débats.

TROISIÈME SECTION

La discussion relative au *choléra* a été continuée.

M. le professeur Pettenkofer a fait remarquer qu'il était absolument d'avis que les bactéries seules ne suffisaient pas pour propager l'infection. Il est ravi de voir qu'on admet aujourd'hui l'influence des bactéries comme véhicule d'infection; mais tous les symptômes du choléra ne peuvent pas être expliquées par le microbe seul. Pour M. Pettenkofer, tout est à peu près inconnu. D'abord, on doit répondre à la question : Comment se comporte le choléra là où il est endémique, dans les Indes? A-t-il à son point de départ dans les malades affectés par le choléra ou dans les localités envahies par le choléra. Il faut prendre en considération que, quoique le Pendschab soit traversé par des chemins de fer et que le commerce soit là très animé, quelques districts de ce territoire sont pourtant restés exempts de choléra. Il résulte avec toute évidence de ces faits que les conditions de localité ont une influence manifeste sur la propagation de l'épidémie. L'influence du temps est aussi très frappante. Aux Indes, en effet, où le choléra est endémique, le maximum est pour Lahore au mois d'aout et le minimum pour le mois d'avril, tandis qu'à Calcutta la proportion inverse est à observer. Il serait tout à fait étrange si le choléra, en dehors des

(1) Cette massivite limitée est atteinte dans le batiment double possédant deux intérieurs adossés et eclairés sur les deux pièces.

Indes, était indépendant des conditions de localités et de temps. Justement le contraire est vrai. Pendant 12 ans, (1848-1859), la mortalité par suite du choléra, en Allemagne, a été la suivante : Province de la Prusse, 20 ; Posen, 0,5 ; district de Leipzig, 16 ; district de Dresde, 3 ; Haute-Bavière, 26 ; Haut-Palatinat, 0,3 sur 10,000 individus ; et pourtant, continue M. Pettenkofer, le komma-bacille est arrivé dans toutes ces contrées. Il résulte de ces faits que l'organisme humain seul ne représente pas un sol d'infection. L'influence du temps est aussi évidente pour les cas de choléra en Allemagne mentionnés plus haut. M. le professeur Pettenkofer a encore fait remarquer qu'il ne voulait pas faire d'opposition aux investigations bactériologiques en protestant contre l'opinion relative à la contagiosité du choléra. Il désire seulement qu'on abandonne enfin cette façon de voir trop restreinte et qu'on prenne en considération les influences de localités et de temps, sans lesquelles l'immunité de quelques endroits ne pourrait être expliquée. Ces faits donnent aussi l'explication relative aux conditions de l'eau potable.

L'orateur finit son important discours en appelant l'attention sur l'Angleterre, laquelle, depuis la création du canal de Suez, en dépit des importations coloniales des Indes, est restée indemne du choléra, à cause des mesures prophylactiques, du système préventif qui y est en vigueur. (*A suivre.*) LEIBOWITZ.

NEUVIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES A WASHINGTON (*suite et fin*) (1).

Séance du jeudi 8 septembre (4e journée) (*suite*).

SECTION D'OPHTALMOLOGIE.

M. le professeur GALEZOWSKI (de Paris) lit un mémoire intitulé : *De la curabilité du décollement de la rétine*. La pathologie de la maladie n'est pas tout à fait claire. L'auteur a observé, dans l'espace de vingt ans, parmi 152,000 personnes, 789 décollements, parmi lesquels 87 dans les 2 yeux, 63 dans des yeux émétropes et hypermétropes ; 194 étaient d'origine traumatique, 13 suivaient l'extraction de la cataracte, 18 étaient syphilitiques et 4 provenaient d'affections sympathiques. Il rencontra des tumeurs dans 10 cas. Il ne trouva que deux fois du décollement dans la rétinite albuminurique, bien que cette affection soit très fréquente. La cataracte se voit souvent dans le décollement de la rétine. L'on voit parfois une déchirure de la rétine, le corps vitré s'étant introduit derrière elle, entre la choroïde et la rétine. Cette déchirure, assez rare, est la conséquence du décollement et non sa cause. Le professeur Graefe prétendait que le décollement n'est pas curable, et que les fonctions de la rétine ne se rétablissaient pas ; le Dr Galezowski a vu un cas où il y avait des altérations de la rétine au point de décollement et qui guérit pourtant. Le malade avait eu des troubles de la vision qui durèrent deux ou trois mois, puis disparurent entièrement. Les conditions qui prédisposent au décollement sont la choroïdite et la liquéfaction du corps vitré. L'auteur commence de suite par un traitement antiphlogistique qui est de toute importance, l'atropine, le repos, etc. ; il a obtenu dans sept cas une guérison complète. Chaque mois il fait l'application de deux, trois, quatre ou cinq sangsues, puis de l'atropine, des compresses alternativement chaudes et froides, et dans les intervalles, entre les sangsues, il emploie des emplâtres dérivatifs. Le mercure et de l'iodure de potassium sont aussi utiles, lorsqu'il y a de l'exsudation ou une affection systématique. Il y a quinze ans il proposa l'iridectomie, qui fit cesser l'irite il est vrai, mais non la choroïdite. Il propose maintenant une opération nouvelle. Pour lui l'exsudation qui se produit derrière la rétine est de même nature que celle de la pleurésie et de la péritonite, et il a fait faire un instrument pour aspirer le liquide, qui consiste en une seringue et une aiguille d'aspiration. Il introduit l'aiguille à travers la sclérotique à une assez grande distance du corps ciliaire, et la fait passer dans le globe, à une certaine distance. Puis il fait le vide avec son piston ; si l'aiguille est allée trop loin, il ne paraîtra pas de liquide dans la seringue, mais en la retirant il [illegible] petit à petit du liquide et on en retirera un gramme ou un gramme et demi. Il n'y a pas d'inflammation après l'opération. Deux sur dix-sept de ses opérés guérirent complètement, et il y eut de l'amélioration chez chacun d'eux. Dans les cas anciens, il introduit une aiguille courbe d'arrière en avant à travers la sclérotique et la rétine décollée avant de faire l'aspiration ; lorsque le liquide a été retiré il fait passer un fil de catgut qui agit comme séton.

M. le Dr KEYSER (de Philadelphie) parle des méthodes de Graefe et de De Wecker, qui, entre ses mains, n'ont jamais fourni de résultats permanents. L'instrument du Dr Galezowski lui paraît bon.

(1) D'après des épreuves fournies par le *New-York Medical Record*.

M. Le Dr J. RICHARDSON CROSS avoue que le sujet est délicat.

M. Le Dr E. LANDOLT (de Paris), reconnaît trois sortes de décollements ; la première est causée par l'exsudation choroïdienne, la seconde par la myopie, et la troisième par le traumatisme. La première guérit avec le repos et les pansements ; dans la seconde l'intervention chirurgicale est indiquée, car la vision est presque irrévocablement perdue, et dans la troisième il n'y a pas de règles fixes.

M. Le Dr E. SMITH préfère le procédé de Wolff.

MM. Les Drs HOLCOMBE, REYNOLDS, CALHOUN, POWER et BERMANN se joignent à la discussion.

M. Le Dr GALEZOWSKI remarque qu'il n'a fait l'opération que dans des cas graves, ce qui influe sur la proportion des guérisons. Même si la vision n'est pas restaurée, on empêchera la perte de ce qui peut en rester.

M. Le Dr GRANT (Bey), du Caire, lit un mémoire du docteur Bougsch (Bey), du Caire, intitulé : *La prédisposition au glaucome*. L'exagération de la tension peu être causée par l'augmentation de la sécrétion ou par sa rétention lorsqu'elle est en quantité normale. Il doute que les yeux à petite cornée soient affectés de glaucome et cite des statistiques à l'appui de son opinion. La race juive a une prédisposition toute particulière au glaucome. La proportion chez les autres races est de 1 pour cent, ici elle est 4 pour 100. La cornée de l'Egyptien est très petite ; peut-être son globe oculaire l'est-il aussi. L'iridectomie est suivie d'un agrandissement du cercle cornéal.

M. Le Dr A. Q. SINCLAIR (Memphis) rapporte un cas de « *Gliome de la rétine des deux côtés.* » Il trouva chez un jeune enfant qui avait des troubles visuels des altérations très évidentes dans les deux yeux. Double énucléation. L'examen microscopique démontra la présence de glio-sarcomes des deux côtés. Il y a maintenant six ans depuis l'époque de l'opération et l'enfant se porte bien.

M. Le Dr KEYSER doute qu'un individu puisse survivre longtemps à l'extirpation d'un véritable gliome.

M. Le Dr POWER (de Londres) est du même avis.

M. Le Dr GALEZOWSKI a opéré pour la même affection et son malade a guéri.

M. Le Dr S. REYNOLDS remarque que lorsque le mal est localisé dans la rétine, la guérison est possible. Dans un cas qu'il a examiné dernièrement, le Dr RANDOLPH (de Baltimore) a trouvé un envahissement très étendu du nerf optique.

M. Le Dr H. C. PADDOCK (de New-York) fait une communication sur *l'ergot de seigle en ophtalmologie*. Il n'en est fait mention, dans ce sens, que dans des ouvrages récents ; ce médicament produit très bien la contraction des vaisseaux de l'œil, et peut s'utiliser dans les affections chroniques. Il cite des cas de guérison dans la conjonctivite congestive, dans l'iris avec rétinite et névralgie ciliaire, etc. Il conseille son emploi en fortes doses pendant plusieurs jours.

M. Le Dr POWER (de Londres) lit un mémoire du Dr Mules, de Manchester, sur « *l'éviscération et le corps vitré artificiel.* » Il propose une opération qui donnera une amélioration dans l'apparence après éviscération, avec une cavité propre, ne contenant pas de muco-pus. Il fait une incision elliptique dans la conjonctivite autour de la cornée ; il la dissèque quelque peu et fait une incision correspondante dans la sclérotique ; le contenu du globe est soigneusement enlevé et la boule de verre est introduite ; sur elle, on fait la suture soignée de la plaie sclérotique, et ensuite celle de la plaie conjonctivale, avec du catgut.

M. Le Dr CROSS (de Bristol) trouve que l'opération doit donner des mouvements assez étendus. La substance du globe peut être indifféremment du verre, de l'argent ou de la celluloïde. Un des avantages de l'opération est la préservation de la paupière inférieure. Il est évident que l'on ne peut pas la substituer à l'énucléation dans l'ophtalmie sympathique.

M. Le Dr GALEZOWSKI, BAKER, KEYSER, DIBBLE et E. SMITH prennent part à la discussion.

MM. Les Drs R. L. RANDOLPH (de Baltimore) lit un article du Dr H. GIFFORD (d'Omaha) intitulé : *Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique*. Il a fait des expériences qui démontrent qu'il y a un courant lymphatique qui va de la partie postérieure de l'œil vers le cerveau, indépendamment de canaux des nerfs optiques.

M. le Dr J. Richardson CROSS, (de Bristol) fait une communication sur *la rétinoscopie ; méthode rapide et sure de mesurer les erreurs de réfraction, etc.* Elle dispense de l'emploi d'atropine, sauf dans les cas de spasme de l'accommodation. Il donne la marche à suivre pour obtenir la production de l'image dans la myopie. Il fait ensuite la démonstration des optomètres de Doyne et de Cooper. La réfraction doit être estimée à la tache jaune, ce qui n'est point facile.

M. le Dr GALEZOWSKI explique que le terme rétinoscopie doit être remplacé par kératoscopie, car l'ombre est produite par des changements dans la cornée.

M. le Dr A. R. BAKER (de Cleveland) lit aussi un mémoire sur *la retinoscopie*. Elle est peu employée en Allemagne et aux Etats-Unis. Elle est d'une exactitude qu'il est difficile d'obtenir avec l'ophtalmoscopie, à moins d'être très habile.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOGRAPHIE.

M. le Dr P. G. UNNA (de Hambourg) lit un mémoire (avec préparations microscopiques) sur *l'eczéma seborrhoïcum*. La différeneration faite entre l'eczéma aigu et l'eczéma chronique n'est pas d'une exactitude scientifique assez grande. Par exemple, il y a trois types distincts de l'eczéma de la face chez l'enfant : eczéma nerveux, tuberculeux et séborrhoïque; le premier apparaît lors de la dentition sur une peau absolument saine (des joues et après le front); la démangeaison est en proportion directe avec la force de l'enfant et l'épaisseur de l'épiderme. Les vésicules ressemblent parfois à celles de l'herpès zoster, mais la symétrie des lésions et leur tendance à la rechute empêchent de porter ce diagnostic. Dans l'*eczéma seborrhoïcum*, la peau n'était pas antérieurement saine; il y a eu probablement une séborrhée du cuir chevelu quelques semaines après la naissance, qui s'est étendue à la partie supérieure de la figure. La démangeaison est moins violente. Un onguent composé d'ichthyol et de zinc, avec le bromure de potassium par la bouche, agit bien dans l'eczéma nerveux. Pour l'autre, le souffre et la résorcine doivent être employés. Le docteur Unna considère que les séborrhées soi-disant sèches sont des inflammations chroniques de la peau et qu'il n'existe pas en clinique d'hypersécrétion des glandes sébacées qui constitue une séborrhée sèche, produite par un dépôt sur la surface de la substance secrétée par ces glandes. Unna nomme eczéma séborrhoïcum une affection dépendant d'altérations dans les glandes sudoripares, qui donnent lieu à la sécrétion de graisse par ces glandes L'augmentation de graisse sur la peau indique une activité plus grande lorsqu'elle provient des glandes sébacées; mais lorsque les glandes sudoripares fournissent de la graisse, c'est que leurs cellules endothéliales sont mortes. Presque tous les eczéma séborrhoïcum commencent sur le cuir chevelu; on décrit trois formes : 1° L'eczéma commence comme catarrhe latent du cuir chevelu et passe par les périodes de formation squameuse et de sécheresse pour se terminer comme hypéridrose huileuse. 2° Les croûtes s'accumulent entre les cheveux et causent leur chute. La couronne séborrhoïque, sur le front, sur le bord de la chevelure, est caractéristique de cette forme de l'affection. 3° Les accidents de catarrhe sont très marqués; il sont précédes par un simple pityriasis et présentent les apparences d'un eczéma humide, brillant. Du pityriasis ou une séborrhée peuvent exister sur le cuir chevelu pendant que la face est le siège d'un eczéma. La forme croûteuse se développe presque exclusivement sur la poitrine. La localisation sur les bras se trouve sur la surface antérieure, ce qui s'explique par le rôle que jouent les glandes sudoripares dans cette variété d'eczema. Nous ne trouvons sur les jambes, au debut, que les types crouteux et papulaires. Des plaques de seborrhee autour du nez et de la bouche sont souvent, chez les vieillards, le départ d'un carcinome. Dans presque tous les cas d'eczéma séborrhoïcum du cuir chevelu, il existe un simple eczéma squameux de l'oreille, accompagné de prurigo. Une plaque d'eczema seborrhoicum peut rester des années sans changer de forme et sans produire d'accidents sérieux. Lorsqu'il debute sur le cuir chevelu ou sur la tête, il s'étend très lentement à d'autres régions, choisissant de preference la face, la poitrine et le dos. Aucun eczema ni aucun psoriasis ne suit une marche analogue. Si le corps entier est envahi, l'affection ressemble au pityriasis rubra ou au psoriasis. L'eczema seborrhoicum attaque les régions médianes du corps; il est plus stationnaire, il est précédé d'une séborrhée locale et les croutes, ont un caractère graisseux. Le pronostic est plus favorable que dans le psoriasis. La guérison est difficile à obtenir, car les lésions s'étendent aux glandes sudoripares profondes. Le soufre est le remede par excellence : on emploie le pyrogallol et la resorcine comme moyens plus actifs; il n'y a pas de traitement interne. Lorsque la maladie est guérie, il faut avoir recours aux agents prophylactiques, tels que l'hygiène de la peau, etc.

M. le Dr ZEISLER remarque que l'affection est fréquente aux Etats-Unis, mais que jusqu'ici elle a été considérée comme séborrhée.

M. le Dr ROBINSON dit qu'il ne comprend pas que la graisse puisse produire une irritation locale suffisante à la production d'un eczema.

M. le Dr UNNA répond qu'il ne croit pas non plus que la graisse soit la cause de l'irritation; il pense qu'il doit exister un bacille qu'il est en train de chercher.

M. le Dr ROHÉ (de Baltimore) présente un malade qui souffre de *tumeurs multiples de la peau*. Le malade est âgé de trente ans. Les tumeurs sont situées sur le dos, les épaules, les jambes et les cuisses.

M. le Dr A. R. ROBINSON (de New-York) rapporte l'observation d'un cas rare de *Mélanose progressive de la peau*. La malade, âgée de vingt-neuf ans, remarqua il y a vingt et un ans une tache foncée sur la tempe. Elle s'est étendue à toute la surface latérale du front. Préparations microscopiques.

M. le Dr UNNA remarque la particularité de la couleur, qui est bleuâtre.

M. le Dr A. H. OHMANN-DUMESNIL (de Saint-Louis) lit un article intitulé : *La pustule d'acné double*. Elle se forme par l'absorption de la cloison qui sépare deux pustules simples.

M. le Dr UNNA dit qu'elle ne se développe pas sur une peau saine.

M. le Dr H. WATRASZEWSKI (de Varsovie) fait une communication sur le *traitement de la syphilis par l'injection de sels mercuriels insolubles*. Son mode de traitement n'est pas nouveau, comme il l'avoue lui-même, mais il a fait une série d'expériences qui démontrent que l'oxyde jaune de mercure est le meilleur sel pour les injections, dont il pratique de douze à vingt. Il injecte chaque semaine le contenu d'une seringue de Pravaz de la solution suivante :

Oxyde jaune de mercure	1.0	gr.
Gomme arabique	0.25	»
Eau distillée	30.0	»

M. le Dr GOTTHEIL (de New-York) fait remarquer que les malades aux Etats-Unis ne veulent pas se soumettre à ce traitement.

M. le Dr SHOEMAKER est partisan de la méthode; il emploie une solution aqueuse de sublimé journellement.

M. le Dr KLOTZ n'a jamais eu de difficultés à persuader ses malades de se soumettre à ce mode de traitement.

M. le Dr ZEISLER s'élève contre l'injection journalière.

SECTION DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE MILITAIRES ET NAVALES.

On lit le titre d'un mémoire du Dr J. D. BRYANT (de New-York), intitulé : *Des causes et du traitement de l'érysipèle*.

M. le Dr William VARIAN (de Titusville) fait une communication sur *l'étiologie et le traitement de la gangrène d'hôpital pendant la guerre*. Il passe en revue les conditions qui facilitent son développement et discute la possibilité de l'existence d'un agent septique spécial. L'affection est locale, non systématique, et engendre un contagium auto-génératif par lequel elle s'étend. Le traitement médical est inutile; il faut pratiquer la destruction complète des tissus malades au bistouri et aux acides.

M. le Dr Charles W. BUVINGER (de Pittsburgh) lit un mémoire intéressant sur *l'étiologie et le traitement de la dysentérie et de la diarrhée des camps*. Leur origine est pour ainsi dire inconnue, car on n'a pas découvert de micro-organisme qui les engendre.

Comme traitement, l'auteur emploie surtout la formule suivante :

Acide nitreux 43°		4	grammes,
Laudanum de Sydenham.		8	—
Eau distillée		180	—
Sirop simple	ad	250	—

Prendre une cuillerée à bouche dans un verre à bordeaux toutes les trois heures.

Ou bien la formule suivante :

Poudre d'accacia.	50	grammes.
Huile de térébenthine . .	60	—

Mélangez et ajoutez :

Eau	100	grammes.
Sirop simple	100	—

Une cuillerée à café toutes les trois heures.

M. le Dr Joseph R. SMITH (de New-York) lit un rapport intitulé : *La meilleure forme de rapport sur les malades et blessés dans les armées*.

M. le Dr Chas. W. BROWN (d'Elmira) lit un essai intitulé : *l'étiologie et le traitement du tétanos*. Il considère que le tétanos est une maladie spécifique, contagieuse et infectieuse, causée, d'après Rosenbach, par un microbe. Il cite les expériences pratiquées sur des animaux. Cette affection est souvent confondue avec la méningite cérébro-spinale. Quant au traitement, la plaie doit être pansée antiseptiquement, le malade doit être isolé; on a employé la quinine en doses énormes (17 grammes) avec de bons résultats. Du reste, une longue série de drogues a été recommandée par divers observateurs.

Discussion sur l'origine microbienne du tétanos, par le Dr J. MC GASTON (d'Atlanta), qui remarque que beaucoup de savants semblent considérer l'origine bacillaire du tétanos comme prouvée, tandis qu'elle est loin de l'être. Il est vrai qu'on a trouvé un microbe spécial, qui se présente pendant le cours de la maladie; mais il peut en être le résultat et non la cause. Quant à la contagion et à l'infection, le fait que le tétanos se déclare où il en existe déjà ne prouve pas qu'il ne soit pas causé par des condition

atmosphériques prédisposantes. Cela se peut toutefois que le tétanos résulte du développement d'une ptomaïne. Comme traitement, il conseille l'emploi du chloroforme et l'administration du chloral et du bromure à fortes doses. Sur dix-huit cas qu'il a traités ainsi, dix ont guéri.

M. le Dr J. W. S. GOULEY (de New-York) lit un mémoire intitulé : *La considération pratique de la nosographie humaine.*

M. le Dr R. BROCKWAY BOUTECOU (de Troy) lit un essai qui a pour titre : *Quelle est la classe de plaies par armes à feu qui justifie la résection ou l'excision dans les campagnes modernes.* Il énumère longuement l'avantage des excisions qui donnent d'excellents résultats depuis la vulgarisation de la méthode antiseptique. Il cite des observations de plaies par armes à feu du crâne, de la clavicule, de l'omoplate et de l'épaule. Les résections dans les membres inférieurs ne donnent pas de bons résultats au point de vue du raccourcissement du membre. Il ne faut non plus pas oublier le succès que l'on obtient, sans recourir à l'intervention opératoire, par les pansements antiseptiques.

M. le Dr Henri JONES (de Waterbury) fait une communication sur *les fractures par armes à feu du fémur.* Pendant les années 1862 et 1863, il a traité, dans ses deux hôpitaux de campagne, 427 cas de ce genre. Il donne en détail le nombre des blessés suivant des méthodes différentes et la mortalité comparative. Il conclut de la manière suivante : Les plaies antéro-postérieures ne guérirent pas mieux que les plaies transverses. Les fractures causées par des projectiles lancés à toute vitesse étaient plus dangereuses que celles produites par une balle allant plus lentement. La mortalité était plus grande chez les prisonniers. Les fractures par armes à feu se réunissent quelquefois plus vite que les fractures simples. Il ne se produisit qu'un cas de pseudarthrose sur 263 cas, traités dans des appareils. Des hémorrhagies secondaires ne se déclarèrent que neuf fois. Il y eut un seul cas de tétanos. Le mauvais temps et une ventilation défectueuse engendrèrent la gangrène d'hôpital dans l'automne de 1863. Le raccourcissement était en général de plus d'un pouce. La formation du cal était souvent irrégulière et excessive. La majorité des blessés ont été soignés sous tentes.

SECTION DE LARYNGOLOGIE.

M. le Dr W.-E. CASSELLERRY (de Chicago) fait une communication sur *les fibromes du nez.* L'auteur veut parler ici seulement de néoplasmes à structure fibreuse et laisser de côté les fibro-myxomes et les fibro-sarcomes, de même que les tumeurs naso-pharyngiennes. Les fibromes primitifs du nez sont relativement rares ; la structure de la couche superficielle de la muqueuse nasale y est prédominante. Les fibromes de la cavité nasale siègent sur les cornets, la cloison, le plancher sur et toute la voûte. Le sexe et l'âge n'influent pas sur leur développement ; une irritation locale, le traumatisme ou la présence de processus d'hypertrophie chronique peut être la cause excitante. Leur durée varie de un à deux ans. Les premiers symptômes sont de nature catarrhale, suivis d'obstruction, de difformités, etc. Les tumeurs sont fermes et non transparentes ; le microscope seul fournit un diagnostic certain. Elles sont composées de fibres en faisceaux, étroitement entrelacées, de quelques vaisseaux et d'un petit nombre de cellules rondes et fusiformes. Le fibrome nasal tend à dégénérer en sarcome et à récidiver ; l'ablation totale et la destruction de la base avec le cautère peuvent seul permettre de porter un prognostic favorable. L'auteur cite une observation personnelle et donne un tableau détaillé de celles qu'il a pu recueillir dans les auteurs. L'ablation doit se faire avec l'anse du galvanocautère.

Le Dr John-O. ROE (de Rochester) lit un mémoire sur *la chorée du larynx.* Il cite trois observations chez des jeunes filles de dix-sept ans, de treize ans et de seize ans. Pas de complications utérines. Traitement : Applications locales, arsenic, valérianate de zinc ou d'atropine, fer, morphine, etc.

M. le Dr THORNE (de Cincinnati) cite plusieurs cas de chorée laryngée se développant au deuxième ou au troisième mois de la grossesse et disparaissant immédiatement avant l'accouchement.

M. le Dr LENNOX BROWNE a vu des cas semblables.

M. le Dr M.-F. COOMS (de Louisville) fait une communication sur *l'effet nuisible du tabac sur la gorge et sur le nez.*

M. le Dr Max-J. STERN (de Philadelphie) lit un essai qui a pour titre : *Intubation ou trachéotomie.* Il fait l'historique abrégé de la trachéotomie et de l'intubation. D'après les documents qu'il a consultés et les statistiques qu'il a rassemblées, la valeur relative des deux opérations serait la suivante :

Intubation : 26 2/5 pour 100 de guérisons.

Trachéotomie : 26 2/5 pour 100 de guérisons.

Age.	*Intubation.*		*Trachéotomie.*	
Moins de 2 ans.	15	p. 100	3	p. 100
Entre 2 et 2 1/2 ans. . .	24	—	12	—
— 2 1/2 et 3 1/2 ans.	28.7	—	17	—
— 3 1/2 et 4 1/2 » .	33.7	—	30	—
— 4 1/2 et 5 1/2 » .	28.3	—	35	—
Plus de 5 1/2 ans.	37.3	—	39.5	—

L'intubation présente les avantages suivants : les parents y consentent facilement, elle ne nécessite pas l'assistance d'aides habiles ; le traitement subséquent est simple. Il faut toujours la préférer chez les enfants qui ont moins de trois ans et demi.

SECTION DE CHIRURGIE DENTAIRE ET D'OTOLOGIE.

Microscopie. — Des préparations de toutes sortes sont montrées aux membres de la section par MM. les Drs FRANK ABBOTT et R.-R. ANDREWS.

Une trentaine de dentistes font des communications sur les différentes opérations de l'art dentaire.

M. C.-L. GODDARD (de San-Francisco) lit un travail intitulé : *Douleur dans l'articulation temporo-maxillaire causée par l'irrégularité des dents.* Malade âgé de trente ans. Mastication très pénible. Séparation des dents. Guérison.

M. le Dr G. S. CHISHOLM (de Tuscaloosa) fait une communication sur *l'influence des changements de temps sur l'organisme humain.* Lorsque le nerf d'une dent est exposé et que la pression barométrique baisse, il a une tendance à être attiré et il se développe des phénomènes inflammatoires.

Visite du président du Congrès, le Dr N. S. DAVIS.— Le président de la section, le Dr J. TAFT, lui adresse de chaleureuses paroles de bienvenue, en le remerciant des efforts qu'il a faits pour relever le status scientifique de l'odontologie.

M. le Dr E. S. TALBOT (de Chicago) présente un mémoire qui a pour titre : *l'Etiologie des irrégularités des mâchoires et des dents.*

Puis on passe à la lecture des articles suivants : *Irrégularités,* par le Dr J. J. R. PATRICK (de Belleville).—*Notes sur l'odontie,* etc., par le Dr E. H. ANGLE (de Minneapolis).—*L'inflammation des tissus de l'oreille,* par le Dr L. C. INGERSOLL (de Keokuk).

SECTION DE CLIMATOLOGIE

M. le Dr TITUS MUNSON COAN (de New-York) lit un essai intitulé : *Les eaux minérales américaines, avec remarques sur le climat.* Il les divise en sources des États de l'Atlantique, du Sud central, du Nord central et du Pacifique. Elles sont relativement rares dans l'Est. Elles donnent des eaux de composition très différente, qui ont des propriétés curatives très diverses. Il les passe rapidement en revue.

M. le Dr RICHARD J. NUNN fait la lecture d'un mémoire qui a pour titre : *Contribution à l'étude des particularités climatériques et autres de localités qui donnent l'exemption de maladies endemiques.*

Puis on passe aux communications suivantes : *Les effets injurieux de l'agglomération d'individus dans les villes,* par le Dr A. VERNICH. — *Le thermomètre comme instrument climatologique,* par le major Charles SMART. — *Statistiques vitales et géographie médicale,* par M. Alfred HAVILAND. — *Le Nord-Ouest de la Caroline comme station de santé,* par le Dr Henry O. MARCY.— Les *influences thérapeutiques du climat de la Californie du Sud,* par le Dr REMONDINO. — Les *sources thermales et minérales de la Californie,* par le professeur W. F. Mc. NUTT.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

M. le Dr Ephram CUTTER (de New-York) fait une communication sur le *galvanisme dans les fibromes utérins.* Il divise son mémoire en expectation, réalisations, réponses aux criticismes et conclusions. Expectations : Le 21 août 1886, la première opération américaine fut pratiquée pour obtenir l'arrêt de développement d'un fibrome. L'auteur passe en revue les difficultés qu'il a éprouvées dans la confection d'aiguilles convenables. Réalisations : Les résultats obtenus dans la majorité des cas sont les suivants : 1° Guérisons définitives ; 2° Diminution du volume des tumeurs ; 3° Soulagement de la douleur et de l'hémorrhagie, etc., etc. L'auteur répond ensuite aux criticismes du Dr APOSTOLI. Conclusions : 1° L'opération ne doit pas être considérée comme impossible avant de l'essayer. 2° Il faut attribuer à chacun le mérite de ce qu'il a fait. 3° Il faut se laisser guider dans l'intervention par son bon sens, sans s'astreindre à suivre une méthode spéciale. 4° Les faits ont prouvé que les fibromes utérins étaient curables.

Discussion par les Drs LAPTHORN SMITH, F. H. MARTIN, KIMBALL, GARRETT et APOSTOLI.

M. Le Dr Auguste MARTIN (de Berlin) fait une communication

sur l'*extirpation totale de l'utérus par le vagin pour cancer*. Freund institua la méthode il y a dix ans. Les matériaux que nous avons aujourd'hui à notre disposition nous permettent de décider des deux questions suivantes : 1° L'opération est-elle assez simple pour qu'elle donne de bons résultats immédiats, en dehors du succès très grand qu'ont obtenu certains opérateurs habiles ? 2° L'extirpation de l'utérus cancéreux donne-t-elle des résultats tels que nous soyons forcés d'admettre que cette méthode est supérieure à tout autre traitement qui ait été employé jusqu'à ce jour ? Réponse à la première question : L'opération est beaucoup pratiquée en Allemagne, soit par la méthode de Freund, soit par celles de Czerny, Billroth ou Schroeder. Grâce à l'obligeance de nombre d'opérateurs expérimentés, je puis fournir les chiffres suivants : Jusqu'à la fin de 1886, l'hystérectomie vaginale a été pratiquée par : Fritsch, 60 fois avec 7 morts ; Leopold, 42 fois, 4 morts ; Olshausen, 47 fois, 12 morts ; Schroeder, 74 fois, 12 morts ; Stande, 22 fois, 1 mort ; A. Martin, 66 fois, 11 morts. Total : 311 cas, 47 morts, soit 15.1 pour cent. Cette proportion de morts va décroître encore, avec l'habileté plus grande que ces opérateurs acquièrent chaque jour ; les résultats de l'extirpation totale de l'utérus sont déjà meilleurs que ceux de l'ablation du sein cancéreux. Je dis donc que l'hystérectomie vaginale tient place sur le même rang que n'importe quelle autre méthode pour le traitement du cancer utérin. Réponse à la seconde question : Je me servirai ici des observations (peu nombreuses, il est vrai) recueillies avec soin par Schroeder, Fritsch, Leopold et moi-même ; elles démontrent que les résultats permanents de l'hystérectomie vaginale, même pendant cette période d'observation relativement courte, égalent les meilleurs résultats d'opérations pratiquées pour carcinome sur les autres organes. Jusqu'à la fin de 1885, j'ai opéré 44 fois : 18 récidives, ou 29.7 pour cent ; 31 guérisons, ou 70.3 pour cent. Lorsque le point de départ du cancer siège dans la muqueuse du canal cervical, qu'il y a des nodules carcinomateux dans le col ou que la tumeur est située sur le fond de l'organe, il n'existe pas d'autre procédé thérapeutique : même lorsque le néoplasme est limité au col, il s'étendra rapidement au corps si nous le laissons dans la cavité abdominale. Il est vrai que l'amputation, pratiquée même très haut, n'exclut pas la possibilité d'une grossesse subséquente ; mais Hofmeir lui-même déclare que la grossesse est un grand danger quand il y a carcinome. Enlevons donc l'utérus en entier et le plus tôt possible. La technique de l'opération a subi fort peu de modifications. Je conseille l'ablation des trompes et des ovaires, si c'est possible. Il est curieux de noter combien l'opération fait peu d'impression sur les malades.

Discussion des mémoires des docteurs MARTIN et JACKSON.

M. Le Dr MARTIN (de Berlin) explique en détail son procédé opératoire : ouverture du cul de sac de Douglas, suture du vagin au péritoine, section du ligament large des deux côtés, libération de la vessie, réunion de la paroi vaginale au péritoine comme avant, drainage.

M. Le Dr d'ARNAY (de Hongrie) donne son expérience (12 cas). Il est partisan de l'opération.

M. Le Dr A. P. DUDLEY (de New-York) rappelle que les opérations aux Etats-Unis sont faites par nombre de chirurgiens différents qui n'ont pas encore l'expérience voulue pour obtenir des résultats aussi bons que les quelques opérateurs qui font exclusivement l'hystérectomie vaginale en Allemagne.

M. Le Dr Grailly HEWITT remarque que le monde civilisé en entier a de grandes obligations envers le Dr MARTIN et envers ses collaborateurs pour les progrès qu'ils ont fait faire à l'opération.

M. Le Dr A. REEVES JACKSON condamne l'hystérectomie vaginale.

SECTION D'ANATOMIE

Des considérations anatomico-mécaniques fondamentales qui régissent le traitement des malformations, des maladies et des faiblesses de la colonne vertébrale, par le Dr MILTON JOSIAH ROBERTS (New-York). — Il conseille l'emploi du corset en fil de fer qui prend son point d'appui sur des saillies osseuses.

M. le Dr Max J. STERN (de Philadelphie) montre une pièce qui représente *une artère thyroïdienne moyenne anormale*.

M. le Dr W. X. SUDDUTH (de Philadelphie) fait une communication sur le *développement des os*. Les corpuscules blancs du sang constituent la base du groupe entier du tissu conjonctif ; l'ostéoblaste ne se calcifie pas. L'auteur divise le développement des os en : 1° Interstitiel. — 2° Intermembraneux. — 3° Subpériosté. — 4° Intercartilagineux.

M. le Dr N. STAMM (de Frémont) lit un mémoire intitulé : *Points anatomiques utiles dans le diagnostic et dans le traitement de certaines affections articulaires*.

M. le Dr Benjamin LEE (de Philadelphie) lit un essai qui a pour titre : *Malformation de la colonne vertébrale causée par une impression maternelle sur le fœtus*.

SECTION DE MÉDECINE PSYCHOLOGIQUE.

M. le Dr S. S. BISHOP (de Chicago) fait une communication sur *la pathologie de la fièvre de foin*. Il croit à une origine nerveuse.

MM. les Drs BRUSH et HURD partagent cette opinion, les Drs CHANNING et ANDREWS en diffèrent.

L'auteur conseille comme traitement : galvano-cautère, combinaison de sulfates de morphine et d'atrophie (doses assez fortes) administrée immédiatement.

M. le Dr ELLIOT (de New Haven) présente un essai qui a pour titre : *Le traitement des névralgies*.

Discussion par les Drs CREGO, DUQUET, HEBER ELLIS, GIRSTROM, BROWER, CLARK et ANDREWS.

M. le Dr RUSSELL lit un article intitulé : *La frontière de l'aliénation mentale*.

M le Dr W. W. GODDING lit un mémoire intitulé : *L'aliénation mentale comme excuse pour le crime*. Les juges devraient, à ce sujet, acquérir une éducation clinique, en visitant les asiles et les hôpitaux.

Puis M. le Dr SAVAGE ouvre la discussion sur la *syphilis compliquée de paralysie générale*. La syphilis a une tendance à produire une dégénérescence du tissu nerveux ; elle est souvent la cause de la paralysie générale. Il est difficile de décider laquelle des deux affections est la cause et laquelle est l'effet.

M. le Pr MENDEL fait un discours sur *la folie morale*. Le terme devrait être remplacé par imbécillité mentale.

La *discussion sur la syphilis* est entamée de nouveau.

M. le Dr MICKLE a vu beaucoup de cas de syphilis présentant les mêmes phénomènes que la paralysie générale. Les altérations vasculaires syphilitiques donnent lieu très facilement, dans le cerveau, à la formation de foyers de ramollissement.

M. le Dr DOWN est d'avis que la plupart des cas d'ataxie locomotrice sont d'origine syphilitique.

MM. les Drs YELLOWLEES et NICHOLS partagent l'opinion du Dr Savage.

M. le Dr SPITZKA diffère de cet avis dans beaucoup de cas. La démence alcoolique et puerpérale existe ; pourquoi n'y aurait-il pas une démence syphilitique.

La discussion est continuée par MM. les Drs HUGHES, BRUSH, HURD et SAVAGE.

Séance du vendredi 9 septembre (5e journée).

SÉANCE GÉNÉRALE.

M. le Secrétaire général rapporte que la commission élue dans ce but a décidé que le *Dixième Congrès international de médecine et de chirurgie* serait tenu à Berlin en 1890.

Puis il fait des résolutions adoptées par la section militaire, recommandant l'*uniformité des rapports sur les malades et blessés dans toutes les armées du monde*.

On passe ensuite à des questions administratives.

M. le Dr FIELDING BLANDFORD (de Londres) fait un discours sur *le traitement de cas récents d'aliénation mentale dans les asiles et dans les maisons particulières*. L'auteur parle de folie récente seulement et se demande quels seront les conditions qui en faciliteront la guérison. Il y a des gens pour qui le fait d'avoir été dans un asile serait désastreux ; il faut discerner suivant les cas, et, lorsqu'il est possible, traiter ces personnes-là chez elles. L'attaque d'excitation maniaque, alcoolique ou autre, est le désordre mental le plus transitoire. Les mélancoliques ne sont pas violents ; le danger principal est le suicide, ensuite le refus de prendre toute nourriture. L'égoïsme intense, qui est la caractéristique de la maladie, est encouragé par les soins de ceux qui entourent le malade, s'il reste chez lui. Le traitement des fous dans une maison particulière est coûteux.

SECTION DE MÉDECINE.

M. le Dr G. E. STUBBS (de Philadelphie) fait une communication sur le *traitement rationel des maladies de voies aériennes*. Il discute longuement la question de la tuberculose.

M. le Dr EVE (de Reading) lit un article intitulé : *Méthode nouvelle pour le traitement de la phtisie*. Il insiste sur la confirmation du diagnostic par le microscope. Il verse dans un verre d'eau le blanc d'un œuf, met ce mélange dans une bouteille, et, au bout de cinq ou six jours, lorsqu'il s'en dégage une odeur d'œuf pourri, il en fait faire des inhalations profondes pendant vingt-quatre heures. Les bacilles disparaissent petit à petit des crachats. Il ne sait pas quel est le mode d'action du mélange, à moins qu'il ne s'y forme un bacille antagoniste à celui de la tuberculose et assez puissant pour l'anéantir.

M. Sir James GRANT (du Canada) lit un mémoire sur *la Diphthérie*. Il en existe deux variétés : diphthérie simple et diphthérie maligne, toutes deux constituant un poison septique, qui agit sur le sang. Au début, il conseille l'emploi de bains contenant de la moutarde et l'administration du fer intérieurement. Le malade doit rester couché. Il n'existe pas de remède contre la forme maligne.

L'humidité atmosphérique est un facteur dans la production de l'affection.

MM. les Drs OUCHTERLONY et PALMER approuvent tout traitement qui a pour but la déterminaison de la diaphorèse. Ce dernier administre du jaborandi, avec précaution toutefois, à cause de l'état du cœur.

M. le Dr OUCHTERLONY lit un rapport sur la communication faite au second jour du Congrès par le docteur KORÖSI et intitulé : *Le pouvoir préventif de la vaccination*.

M. le Dr A. B ARNOLD lit un mémoire qui a pour sujet : *La dilatation et la dégénérescence graisseuse du cœur*. Il condamne l'administration de la digitale dans cette affection.

M. le Dr George E FELL (de Buffalo) fait une communication sur la *respiration artificielle forcée dans l'empoisonnement par l'opium, la possibilité de son emploi, et le meilleur appareil pour la pratiquer*. Ce procédé est employé dans les étouffements, l'occlusion des voies aériennes, l'empoisonnement par les anesthétiques, etc., etc. Aux mouvements forcés des membres et du corps on a substitué la pression. Dans les expériences de laboratoire on ouvre la trachée et on y place un tube. L'auteur désigne sous le nom de respiration forcée le procédé qui consiste à ouvrir la trachée. Il l'a employé sur un cas d'empoisonnement par opium le 23 juillet 1887. Guérison.

M. le Dr BRAINARD condamne le procédé à cause du danger de l'opération.

SECTION DE CHIRURGIE.

M. le Dr George ASSAKY (de Bucharest) lit un mémoire intitulé: *L'iodol en chirurgie*. Ses conclusions sont les suivantes : 1° L'iodol produit la réunion par première intention ; pour cela, il faut toutefois la coopération d'autres facteurs. Il agit très bien dans les plaies ouvertes qui suppurent, dans le chancre huntérien ; dans le chancre mou le résultat varie; de même dans le bubon. 2° L'organisme supporte fort bien des doses journalières de 40 centigrammes à 2 grammes d'iodol, même administrées pendant un temps fort long. Ce traitement donne des résultats merveilleux dans les affections scrofuleuses et dans la syphilis tertiaire. L'iodol produit une amélioration dans la nutrition, les forces et le poids. Il est antipyrétique.

M. le Dr MILTON J. ROBERTS (de New-York) fait une communication sur *une méthode nouvelle pour les opérations sur les os avec l'ostéotome électrique*. L'auteur fait la démonstration de son ingénieux appareil. Le manche est creux et donne passage aux fils électriques, qui font tourner une scie circulaire, qui peut être changée suivant la grandeur que veut l'opérateur. Un mécanisme spécial permet à la main qui tient l'instrument de fermer rapidement et facilement le courant.

Le Dr George E. POST (de Beyrouth) lit un mémoire sur *le calcul vésical Syrie*. Il est très fréquent. Il existe une classe de chirurgiens ambulants, qu'on appelle coupeurs de pierres, et qui ne font que des lithotomies des plus primitives. L'auteur décrit leur mode opératoire. Ces gens obtiennent des résultats excellents. L'auteur a opéré 250 fois ; sur ce nombre il y avait 106 enfants, agés de moins de dix ans.

M. le Dr J. A. Se GRANT BEY remarque que le calcul est très fréquent en Egypte.

M. le Dr Oscar J. COSCARY (de Baltimore) rapporte *un cas rare de fracture avec luxation du tarse et du métatarse*.

M. le Dr N. SENN (de Milwaukee) lit un mémoire intitulé : *la constriction élastique du cou, avec exclusion de la trachée, comme moyen d'hémostase dans les opérations sur la tête*. Il a fait des expériences sur les chiens, qui supportent la constriction pendant deux ou trois heures.

M. le Dr CARNOCHAN (de New-York) présente une pièce montrant *une double luxation de l'articulation coxo-fémorale*. Est-ce une luxation véritable ou une malformation ?

M. le Dr R. T. MORRIS croit que c'est un arrêt de développement.

M. le Dr POST remarque qu'il y a toute une série de cas qui sont d'origine distinctement rachitique.

Le Dr LINK (d'Indianapolis) lit un mémoire sur *l'alcool comme anesthésique*. Il l'administre de la manière suivante : Deux onces de whiskey toutes les cinq minutes jusqu'à ce que le malade en ait pris un demi-litre ; ensuite quelques inhalations de chloroforme.

SECTION DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE MILITAIRES ET NAVALES.

M. le Dr Elisha H. Gregory, (de Saint-Louis) lit un mémoire intitulé : *L'amputation pour traumatisme de parties vivantes n'est jamais nécessaire*. Il passe en revue les nombreux procédés modernes qui rendent si souvent possible la conservation des parties lésées.

La supériorité des appareils plâtrés bavarois pour les fractures de la jambe par armes à feu; par le Dr James H. GREGORY (d'Omaha.)

M. le Dr RICHARD FRANCIS TOBIN (de Netley) présente un mémoire intitulé : *Quelques remarques sur le pansement le plus commode des fractures des extrémités inférieures sur le champ de bataille au point de vue de la transportation des blessés*. L'auteur étant absent, le Dr MARSTON en fait la lecture.

Ensuite, le Dr Eli A. WOOD (de Pittsburg) présente au nom des membres de la section un vase d'agathe au président, le docteur Henry H. SMITH, et une copie de résolutions remerciant le Dr Smith de l'intérêt qu'il a pris dans l'organisation de la section.

M. le PRESIDENT prononce un discours de remerciement.

M. le Dr E. GRISWOLD fait une communication qui a pour titre : *Quelles sont sur le champ de bataille les indications pour amputation dans les plaies par armes à feu?* Il passe en revue les conditions qui justifient l'intervention et recommande l'observation d'une stricte antisepsie.

MM. le Drs BONTECOU, E. A. WOOD, COLLINS, BIELDER et GRISWOLD prennent part à la discussion.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Rapport du comité sur l'*uniformité dans la nomenclature obstétricale*. Il passe successivement en revue les termes qui doivent désigner les diamètres du bassin, les diamètres de la tête de l'enfant, les présentations, les positions du fœtus et les périodes du travail. Le rapport est adopté par tous les membres, sauf le Dr MARTIN (de Berlin).

M. le Dr R. S. STRINGER (de la Floride) fait une communication sur une *méthode rationnelle pour soulager l'asphyxie des nouveau-nés*.

M. Le Dr Ira E OATMAN (de San Francisco) lit un mémoire sur le *traitement de l'éclampsie puerpérale*. Si les convulsions se déclarent avant la délivrance, il conseille l'anesthésie et la délivrance rapide : si le travail a déjà eu lieu, il administre du Vératrum virde par le rectum

M. le Dr A. SIMPSON dit qu'il n'a pas d'expérience dans l'emploi de ce médicament.

MM. les Drs G. LANE TANEYHILL et DUNCAN C. Mc CULLUM ont obtenus des resultats excellents avec la vératrine.

MM. les Drs PIERCE, LAWRENCE et JONES prennent part à la discussion.

M. le Dr A F. A. KING (de Washington) croit que l'éclampsie est causée par la pression de l'utérus gravide sur l'aorte et ses branches et sur la veine cave et ses branches. L'éclampsie ne se produit pas dans les présentations transverses.

M. le Dr W. W. JAGGARD (de Chicago) remarque que l'éclampsie est une manifestation urémique, que sa cause est l'empoisonnement du sang, et que le seul traitement consiste dans l'administration prolongée de médicaments narcotiques.

M. le Dr H. O. MARCY (de Boston) lit un mémoire intitulé : *l'histologie et la pathologie de la reproduction*. Il rend hommage aux recherches du professeur Ercolari (de Bologne). Immédiatement après la conception, l'épithélium de la muqueuse utérine est détruit ; cette destruction facilite la production d'altérations qui formeront la portion maternelle du placenta.

M. le Dr E. Paul SALE (d'Aberdeen) lit un article qui a pour sujet : La *prévention de l'hémorrhagie, suite de couches, par un traitement institué pendant la grossesse*. Il passe en revue les différentes causes prédisposantes et donne en même temps le traitement qu'il préfère pour chacune d'elles.

M. le Dr H. B. HEMENWAY, remarque qu'il est difficile de faire le diagnostic des mois à l'avance.

M. le Dr George WHEELER JONES (de Danville) fait une communication sur la *dystocie causée par la rigité du col et son traitement*. Il emploie le chloroforme et les dilatateurs de Barnes.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS

M. le Dr William E. BALKVILLE (de Londres) lit un article intitulé : Le *traitement du pied-bot congénital, avec démonstration d'appareils*. Il croit que la ténotomie est indiquée dans la majorité des cas. Il montre une série d'appareils ingénieux.

M. Le Dr LEWIS A. SAYRE (de New-York) fait une communication qui a pour titre : *La section des tissus contracturés est nécessaire avant que les moyens mécaniques ne puissent agir*. Il ne faut pas confondre la contraction avec la contracture. La distinction se traduit de la manière suivante : Si un muscle est contracturé, lorsque nous lui donnons mécaniquement toute la tension possible et que nous le pinçons ou le frappons, il se produira dans ce muscle un spasme réflexe qui n'existe pas dans la contraction. Les tissus contracturés ne sont pas capables d'extension et il faut en faire la section avant de s'attendre à un bon résultat de l'emploi d'appareils.

M. le vice-président, A. JUDSON, fait quelques remarques sur le traitement du pied-bod, qui est surtout important lorsque l'enfant commence à marcher.

M. le Dr Edmund OWEN (de Londres) est partisan de ce qui est

connu sous le nom de méthode américaine, c'est-à-dire la division successive des tendons. Il se sert de l'appareil plâtré.

MM. les Drs R. LEWIS, HINGSTON (de Montréal), et Dr A. K. STEEL (de Chicago) prennent part à la discussion.

On passe à la lecture des titres des mémoires suivants :

Correction forcée de la contraction du genou, par le Dr E. H. BRADFORD (de Boston).

Les progrès de la chirurgie orthopédique, par M. Noble SMITH (de Londres).

Anhylose du genou dans l'extension comme remède à la difformité et à l'atrophie qui résultent de la poliomyélite aiguë des enfants, par le Dr STEPHEN SMITH (de New-York).

Le traitement de la déviation latérale de la colonne vertébrale, par le Dr James KNIGHT (de New-York).

Les résultats du traitement de la coxalgie par la méthode américaine, par le Dr JUDSON (de New-York).

Le traitement des hypertrophies glandulaires strumeuses du cou, par le Dr MARTIN G. B. OXLEY (de Liverpool).

La nature et le traitement antiseptique de la coqueluche, par le Dr MONCORVO (de Rio de Janeiro).

L'acétonurie chez les enfants, par le Dr A. BAGINSKY (de Berlin).

Les tumeurs du médiastin chez les enfants, par le Dr OSCAR WYSS (de Genève).

SECTION D'OPHTALMOLOGIE

M. H. POWER présente un nouveau modèle d'ophtalmoscope.

M. le Dr E. SMITH (de Détroit) fait la lecture d'un mémoire intitulé : *Le traitement des abcès et des ulcérations de la cornée avec le jéquirity*. Il s'occupe de cette question depuis nombre d'années. Il emploie une solution de 3 pour 100, qu'il applique jusqu'à ce qu'il obtienne une légère inflammation catarrhale.

M. le Dr GALEZOWSKI condamne l'emploi de ce médicament. La méthode antiseptique constitue le meilleur traitement.

M. le Dr REYNOLDS (de Louisville) lit un article intitulé : *Nécessité de réformes dans la désignation des verres*.

Discussion par les Drs J. RICHARDSON CROSS, LANDOLT, BURNETT, ALLEN et THOMPSON.

M. le Dr E. JACKSON (de Philadelphie) présente un mémoire qui a pour titre : *La désignation des prismes par la déviation minimum au lieu de l'angle de réfraction*.

M. le Dr G. S. NORTON (de New-York) fait une communication sur l'*importance relative d'un faible degré d'astigmatisme comme cause de céphalalgie et d'asténopie*. Il cite plusieurs guérisons résultant de la correction de l'astigmatisme.

M. le Dr F. B. TIFFANY (de Kansas City) lit un essai sur l'*amétropie*. Les amétropes se trouvent dans les classes élevées. La couleur des yeux a une certaine influence.

MM. les Drs BURNETT, HERBERT, TILLEY, YOUNG, DICKINSON, BALDWIN et CALHOUN discutent les divers mémoires qui viennent d'être présentés.

M. le Dr GALEZOWSKI remarque que l'astigmatisme n'est souvent pas la cause de l'asthénopie, qui résulte aussi d'altérations dans les appareils dentaire ou lacrymal.

La discussion est continuée par les différents membres de la section sur l'asténopie, l'amétropie et l'astigmatisme.

Puis le Dr CROSS fait la démonstration de l'*optomètre de Doyne*

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. La psychologie du raisonnement (recherches expérimentales par l'hypnotisme); par M. A. BINET. — Paris, in-12, 1886. F. Alcan, éditeur.

II. Crimes et délits dans la folie; par M. P. MAX SIMON. — Paris, in-12, 1886. J.-B Baillière, éditeur.

III. Zur Lehre von den Localisationen im Grosshirn; par M. Ad. BUFFET. — (*Bulletin de la Société des sciences médicales, du Luxembourg*), 1886.

IV. Du délire chez les dégénérés; par M. LEGRAIN. — Thèse Paris, 1886, *Progrès médical* et A. Delahaye, E. Lecrosnier, éditeur.

V. Etude sur les aliénés persécuteurs; par P. POTTIER. — Thèse Paris, 1886. Asselin, éditeur.

VI Coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné; par M. L. DERICQ. — Thèse, Paris, 1886. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeur.

VII. Psychologie physiologique; par M. W. WUNDT. — Traduction du Dr E. Rouvier. Nouvelle préface de l'auteur. Introduction de Nolen, recteur d'Académie. — Paris, 2 volumes in-8, 1886. F. Alcan, éditeur.

I. Les résultats que la physiologie expérimentale ne peut nous donner, la clinique expérimentale nous les fournit en matière de psychologie. Du moins, c'est l'impression que nous a laissée le livre de M. BINET. De ses expériences, il paraît résulter, en effet, que le raisonnement émane de trois images. Ces trois images successives existent d'ailleurs dans toute perception, la première fusionnant avec la seconde qui, à son tour, en suggère une troisième. Or, la perception serait intégralement adéquate au raisonnement logique, car, dit M. Binet, si vous prenez une malade anesthésique et que vous fassiez chez elle graduellement disparaître cette anesthésie relative à une personne donnée, vous voyez que ce qui réapparaît tout d'abord, c'est la perception de la personne en question comme espèce; ce n'est qu'ensuite que le malade reconnaît la personne comme individu. Eh bien! cette recognition n'est-elle pas une opération complexe qui touche de près aux raisonnements proprement dits? Il est par conséquent probable que le raisonnement perceptif et le raisonnement logique ont le même mécanisme. Et ce mécanisme procède de trois images qui se succèdent, la première évoquant la seconde par ressemblance, la seconde suggérant la troisième par contiguité. Ce processus se retrouverait au surplus dans toutes les opérations de l'esprit, la nature ayant brodé les variations infinies de la pensée sur ce thème unique.

II. M. SIMON a groupé et coordonné la majeure partie des idées générales concernant le meurtre chez les aliénés (Ch. I et II). — Les aliénés incendiaires (Ch. III). — Les aliénés voleurs (Ch. IV). — Les attentats aux mœurs dans la folie (Ch. V). — Enfin, les autres crimes et délits des psychopathes (Ch. VI). Le septième et dernier chapitre traite de l'expertise mentale; l'auteur fait particulièrement ressortir l'utilité des lettres et des dessins des fous au point de vue médico-légal; il s'élève contre la doctrine de la responsabilité partielle et présente des considérations de déontologie utiles aux jeunes experts.

III. Nouvelle observation de M. BUFFET venant à l'appui de la théorie des localisations cérébrales. Il s'agit d'une méningo-encéphalite chronique consécutive à un coup porté sur la tête dans la moitié inférieure du pariétal gauche. La lésion trouvée à l'*autopsie* fut : un ramollissement de l'écorce du cerveau au niveau des deux ascendantes, du pied de la 3e frontale et d'une partie de la 2e du côté gauche, ramollissement empiétant sur les trousseaux de fibres qui se rendent à l'insula. Coloration orangée des substances grises et blanches indurées et friables. C'est quatre à cinq mois après le traumatisme qu'était apparu de l'épilepsie jacksonienne sur la face, le bras et la jambe droite; on constata successivement de la parésie motrice du facial inférieur et des membres de ce côté, de la parésie de l'hypoglosse, de l'aphasie amnésique, de la dysarthrie, de l'hémi-épilepsie commençant toujours par une aura partant de la région pariétale; les convulsions débutaient par le côté droit de la face et se propageaient au bras et à la jambe du même côté. Les accès étaient suivis d'obnubilations, de torpeurs intellectuelles, d'hébétude, de désordre et d'incohérence dans les idées.

IV. La thèse de M. Legrain est une monographie de la *folie des dégénérés*, synonyme de folie héréditaire, d'après l'auteur, à l'aide de 67 observations modernes. Ce travail reflète les idées de M. Magnan. Aussi ne s'étonnera-t-on pas d'en constater la netteté. M. Legrain étudie d'abord le terrain dégénéré ou des dégénérés (1re partie), puis le délire chez des individus (2e partie). La clinique offre à considérer les signes de dégénérescence physiques et psychiques, l'état mental de l'idiot, de l'imbécile, du débile et des prodigues, les syndromes ou épisodes ou syndromes épisodiques de leur folie, la manie raisonnante et la folie morale; voilà pour l'inspection du terrain. Quant au délire proprement dit, ou plutôt à l'état délirant, il se décompose en tendances au délire, première ébauche de délire (exaltation, dépression, mélancolie), délires d'emblée, délires à évolution chronique (mélancoliques, mystiques, ambitieux, polymorphes), dont la marche mérite encore d'appeler

les lumières des observateurs, à raison, précisément, des formes intermittentes, des démences primitives et précoces, ou, inversement, des modalités continues et des démences tardives; un chapitre intéressant est aussi celui des causes de délires chez les dégénérés. Il nous paraît indispensable de résumer la plupart des conclusions du mémoire :

1° Le terme de folie des dégénérés vaut mieux que celui de folie héréditaire. 2° La dégénérescence mentale résulte de l'accumulation dans les antécédents héréditaires d'affections cérébro-spinales ou de maladies générales retentissant sur le système nerveux, toutes susceptibles d'influer sur la descendance. 3° Il existe trois aspects cliniques de l'hérédité dégénérative : un état mental — un état syndromique — un etat délirant. 4° L'état mental s'appelle idiotie, imbécillité, débilité mentale, intelligence supérieure. 5° Le syndrome épisodique s'appelle obsession, impulsion, phobies (anciennes monomanies) et constitue un stigmate psychique de la dégénérescence mentale. 6° La manie raisonnante et la folie morale tiennent déjà de l'état délirant, mais sont également syndromiques de l'état dégénératif..... 9° Le dégénéré délire avec sa déséquilibration, son illogisme, son excentricité, son originalité. 10° Toutes les variétés possibles de délires peuvent être représentées chez lui. 11° Un délire brusque, rapide, guérissant le plus souvent, est pathognomonique de la dégénérescence mentale. 12° Un délire chronique, irrégulier, polymorphe, avec bouffées intermittentes, d'idées délirantes, constitue un signe de dégénérescence (guérison le plus habituellement, quelquefois démence). 13° Le délire des dégénérés guérit très fréquemment ; le pronostic en est souvent favorable, les rechutes en sont également fréquentes. 15° Le délire du jeune age est un indice de la dégénérescence. Il en est de même des demences prématurées, précoces chez les sujets jeunes. 15° Les délires intermittents révèlent de la propension à délirer et, par conséquent, une prédisposition héréditaire. 16° L'alcoolisme chez les ascendants est un facteur des plus puissants de dégénérescence ; inversement, les dégénérés commettent le plus facilement des excès de boisson déterminant à leur tour du délire. 17° Les folies sympathiques ne sont pas des entités morbides; elles supposent la prédisposition. 18° On base son diagnostic : — *a.* sur la connaissance de l'état mental ; — *b.* sur celle des antécédents héréditaires ; — *c.* sur l'evolution du délire.

V. La thèse de M. Pottier est due à l'inspiration de M. Falret. Lasègue avait déjà établi qu'il existe deux espèces d'aliénés persécutés : les persécutés passifs, qui subissent leurs tortures imaginaires, sans mot dire, et les persécutés actifs, qui réagissent afin de se venger des persécuteurs et deviennent ainsi persécuteurs à leur tour. Maintenant il existe deux variétés d'aliénés persécuteurs : les uns, se rattachant plus particulièrement à la mélancolie ou à la monomanie des auteurs, et les autres appartenant plus spécialement aux folies raisonnantes ou héréditaires; les uns, suivant une évolution morbide déterminée et passant par des périodes successives susceptibles de description; les autres, conservant pendant presque toute leur vie les mêmes caractères morbides avec de simples différences de degrés, selon les moments; les uns éprouvant des hallucinations nombreuses de l'ouïe et de la sensibilité générale; les autres ne présentant jamais, à aucune époque de leur existence, ce symptôme si important de maladie mentale. En un mot, les aliénés persécutés deviennent souvent persécuteurs quand ils ont personnifié leur délire; ceux qui sont hallucinés suivent l'évolution morbide du délire des persécutions essentielles; les autres se rattachent aux folies raisonnantes non hallucinées et présentent la plupart des caractères des aliénés héréditaires. Quatorze observations viennent à l'appui des développements qui précèdent et qui forment la teneur du mémoire en question.

VI. C'est encore une découverte de M. Magnan, que cette question de la coexistence de plusieurs délires chez le même aliéné. M. Démicq nous montre en premier lieu que l'on possède aujourd'hui des points de repère sûrs pour déterminer les caractères du délire alcoolique, du délire épileptique, de la folie systématique des persécutions (délire chronique de Magnan et Gérente), de la folie des dégénérés. D'où la possibilité d'affirmer, quand la chose existe, la coexistence de plusieurs délires divers. C'est le délire alcoolique que l'on rencontre de nos jours le plus souvent de concert avec une autre forme morbide; tantôt il vit côte à côte avec elle, gardant ses caractères propres et n'ajoutant que peu ou point à l'autre activité délirante; tantôt il domine la scène, reléguant au second plan la forme mentale antérieure (on ne peut, dans ce dernier cas, poser le diagnostic qu'en suivant l'évolution et la décroissance du delire toxique). Exemples : délire alcoolique recouvrant un délire chronique de persécution, délire alcoolique chez un dégénéré et notamment chez un dégénéré dipsomane. Le délire épileptique, hallucinatoire, violent, automatique, souvent impulsif, toujours inconscient, s'associe, lui aussi, à toute autre perturbation psychopathologique, à un délire de persécution chronique, à une mélancolie, à l'alcoolisme. Importance dans l'espèce, non pas seulement des caractères cliniques de chaque complexus, mais de l'hérédité morbide. Les différents délires nés sur un même individu s'influencent peu ou point, sont autonomes et justiciables, chacun, d'un traitement particulier, la disparition de l'un n'entraînant pas la disparition de l'autre ; ils prennent le plus souvent leur origine dans l'hérédité qui transmet simplement et assez souvent transforme, par voie unilatérale, ou par convergence, les maladies mentales des ascendants. En résumé, c'est une excellente thèse de déterminisme clinique basé sur 49 observations personnelles et modernes.

VII. Le monde savant connaît l'œuvre psychologique du professeur Wundt. La psychophysique et la psychophysiologie se sont acclimatées partout; mais on sait également que la lecture de ce genre de recherches est pour beaucoup d'investigateurs, lente et pénible dans la langue originale. M. Rouvier a, par conséquent, fait œuvre utile en traduisant ce traité. Nous lui conseillerons seulement, pour une nouvelle édition, de se tenir un peu moins près du texte, afin d'offrir aux novices plutôt l'esprit, la pensée de l'auteur allemand; la vulgarisation en pareille matière revêt une importance considérable. Des notes écrites dans le même but seraient également fort appréciées; elles éclairciraient et complèteraient les propositions allemandes.

P. Kéraval.

CORRESPONDANCE

Lettre de Hongrie. — L'enseignement supérieur des sciences à Budapesth.

Budapesth, le 7 octobre 1887.

Monsieur le Directeur,

Les lecteurs du *Progrès médical* n'ont certainement pas oublié les remarquables études qui ont été faites par M. Kéraval sur l'organisation hospitalière de Vienne. Il était donc absolument inutile d'entreprendre à nouveau un travail qui a paru dans ce journal l'année dernière. Cette considération m'a décidé à suivre l'excursion qui était organisée par les membres du Congrès et à visiter la capitale mystérieuse de la Hongrie.

Mon voyage à Budapesth m'a ménagé bien des surprises, je l'avoue bien sincèrement. Je m'attendais bien peu à rencontrer dans la capitale de la Hongrie des établissements d'instruction aussi importants que ceux qui s'y trouvent depuis dix ans environ. Il faut le proclamer bien haut à la gloire de la municipalité et du peuple hongrois, en quinze ans, on a tranformé Budapesth; on y a percé de larges boulevards; on y a bâti des monuments superbes et on a dépensé pour l'instruction publique plus de 6,000,000 de francs. Un tel résultat ne pouvait être obtenu que par un peuple aimant les arts, les sciences, l'industrie, le commerce et n'ayant qu'un rêve, celui de surpasser l'Autriche. Nous allons voir que les sacrifices qui ont été faits pour l'instruction n'ont pas été perdus et que Budapesth possède à l'heure actuelle une installation universitaire que lui envieraient bien des capitales.

En arrivant, l'on nous a fait visiter deux véritables cités qui ont été bâties : l'une sur l'ancien terrain du jardin botanique, entre le Museum Korùt et la rue Eszterhazy, et l'autre sur les terrains situés entre les rues Ullo, Orz-Uteza et Manauteza.

La première cité qu'on a élevée sur l'ancien jardin botanique se compose de quatre grands bâtiments séparés par de grandes

et belles voies, mais compris dans une large enceinte, exclusivement destinée à ces établissements scientifiques. Le premier bâtiment est le Laboratoire de clinique qui occupe une superficie de 1571 mètres carrés et qui a coûté 730,000 francs environ. Les salles sont larges, très propres, bien éclairées. Les escaliers sont magnifiques, les corridors très vastes, et il n'est pas difficile de constater que l'architecte a voulu faire grand et beau, sans tenir compte de l'étendue du terrain qu'il fallait sacrifier pour obtenir un tel résultat. Le gaz, l'électricité, le téléphone sont utilisés dans les principales pièces. L'eau est largement distribuée à tous les étages et l'amphithéâtre, qui peut contenir 300 personnes, est très bien disposé.

Le laboratoire de Chimie est parfaitement outillé et j'ai entendu un professeur de Paris comparer mélancoliquement cette installation à celle qui existe dans la plupart de nos laboratoires. Les élèves ont des places nombreuses pour prendre part aux travaux pratiques ou pour poursuivre des recherches personnelles.

A côté de ce bâtiment s'élève l'Institut physiologique, un peu plus grand que le précédent. Cet institut, contruit de 1873 à 1876, a les mêmes commodités que celles du laboratoire de chimie. Ici comme là, nous avons tous admiré ces magnifiques amphithéâtres qui sont merveilleusement agencés. L'éclairage y est excellent, et on peut disposer à volonté de l'eau, du gaz, de l'électricité, etc. Deux cents élèves se logent facilement sur les gradins. Tous peuvent écrire sur des pupitres placés à bonne hauteur et l'on peut déposer les pardessus, parapluies, cannes, chapeaux, etc., dans des porte-manteaux situés autour de l'amphithéâtre.

Le local est donc superbe, mais nous devons dire franchement la vérité à nos amis de Budapesth, car c'est leur rendre service que de ne pas cacher nos impressions. Nous avons été frappés de la pénurie du laboratoire de physiologie. Nous n'y avons aperçu que quelques vieux instruments et des appareils qui ne sont plus en usage. Il est évident qu'il y a un contraste entre l'état des autres laboratoires et celui du laboratoire de physiologie. Il nous faut signaler aussi l'état embryonnaire du laboratoire d'hygiène.

La troisième construction renferme l'Institut anthropologique, minéralogique, géologique et botanique. Cet établissement occupe une superficie que l'on peut évaluer à 2,095 mètres carrés. L'intérieur est disposé de la même façon ; les amphithéâtres sont aussi beaux et l'on a aménagé de grandes salles pour les réunions des professeurs. Nous avons remarqué de belles collections de minéraux, des coupes pétrographiques parfaitement exécutées. La collection zoologique est aussi à signaler, ainsi que celle d'anthropologie. Ces collections sont remarquables par la variété et la quantité des pièces qui sont extrêmement précieuses pour l'enseignement. C'est un musée pratique créé pour l'instruction des étudiants et non pas une réunion d'objets rares.

Le quatrième bâtiment qui forme la première cité est réservé à l'Institut de physique.

Sur le terrain situé entre les rues Ullo, Mana-Uteza et Orz-Uteza s'élèvent la Clinique Chirurgicale, l'institut d'Anatomie, l'annexe central de l'université, les Cliniques Internes et le bâtiment médian de la Faculté de médecine. Il ne nous a pas été possible de parcourir tous ces établissements nouvellement construits, mais nous avons longuement visité la clinique de chirurgie et la clinique interne du docteur Koräyi.

La Clinique de Chirurgie est une belle construction qui a été terminée en 1878 et qui a coûté plus de 800,000 francs. Le bâtiment, complètement isolé, n'a que deux étages, un rez-de-chaussée et des sous-sols. Au rez-de-chaussée l'on trouve des salles pour les malades et de grands locaux pour les professeurs. De haut en bas, dans l'intérieur des salles aussi bien que dans les corridors, les escaliers, tout est propre. La propreté, voila le grand secret des nécessités chirurgicales le professeur Kovais enseigne qu'avec de la propreté on peut faire toutes les opérations, sans avoir besoin d'employer les solutions antiseptiques. Celles-ci ne sont nécessaires, à son avis, que pour combattre les germes qui ont envahi les plaies. Il lave d'habitude avec le plus grand soin les téguments, ne se sert que d'eau salée, et, dans les cas ordinaires, le pansement est fait avec de la gaze trempée dans une solution de chlorure de sodium. Mais l'on se sert toujours de l'eau filtrée (système Chamberland-Pasteur).

Le professeur Kovais n'est cependant pas opposé à l'emploi des substances antiseptiques. Il pense qu'elles ne sont pas nécessaires quand il n'y a pas d'infection préalable. L'asepsie suffit et pour l'obtenir, il faut user de la plus grande propreté. Disons pourtant que le professeur de clinique de Budapesth trempe ses instruments dans une solution d'acide phénique à 4 % et qu'il emploie une solution phéniquée à 1 % pour désinfecter les plaies envahies par les micro-organismes. Il réserve l'iodoforme pour les affections tuberculeuses.

La pratique du professeur Kovais est fécondé en succès. Ses cinq dernières laparotomies compliquées ont très bien réussi. Le professeur de clinique chirurgicale a trois salles. Elles contiennent chacune 26 malades : 14 hommes et 12 femmes. Les salles sont vastes et très hautes. Les lits moins rapprochés que dans nos hôpitaux sont excellents. Nous reviendrons sur cette question. Toutes les solutions antiseptiques sont contenues dans des bocaux de verre très propres. Les pansements, ouate, etc., sont déposés sur des chariots et soigneusement renfermés. Aucune pièce de pansement ne traine et le personnel laïque est bien rompu à la pratique de l'antisepsie et surtout aux details d'une hygiène minutieuse.

Nous pensons que le service du professeur Kovaîs n'a rien à envier aux services les mieux organisés des hôpitaux de Vienne. La propreté des salles, l'absence d'encombrement, la salubrité de l'hôpital sont des garanties de succès et font comprendre l'opinion soutenue par le chirurgien de Budapesth sur l'opportunité des antiseptiques en chirurgie. Est-il nécessaire d'ajouter que l'eau, le gaz, l'électricité existent dans toutes les pièces et que les communications se font à distance par le téléphone entre les assistants, l'administration, etc. ? L'on comprendra qu'une installation aussi parfaite, aussi en harmonie avec les découvertes modernes, puisse faire rêver celui qui a fréquenté nos hôpitaux de Paris. Et cependant tous ces progrès ont été réalisés sur les îles des bords du Danube, au seuil de l'Orient et de l'Occident.

Les Cliniques Internes se trouvent dans deux bâtiments séparés et construits dans le style de la renaissance italienne. Nous n'avons visité que la clinique du professeur Koräyi.

Construit de 1878 à 1881, sur un terrain de 922 mètres carrés, cet établissement a coûté 650,000 francs environ. Au rez-de-chaussée se trouvent les locaux de la direction, la salle des médecins et une salle pour les malades. Les deux étages sont consacrés presque exclusivement aux malades, hommes et femmes, qui ont des affections médicales.

A la Clinique est annexé un amphithéâtre pouvant contenir 200 élèves et possédant l'eau, le gaz et l'électricité. Un laboratoire de bactériologie assez bien organisé est à la disposition des assistants du professeur Koräyi et enfin dans ce bâtiment se trouve une salle d'isolement pour les maladies infectieuses. L'escalier réservé à ce local n'est pas le même que celui qui conduit dans les autres salles et le personnel est complètement et sérieusement isolé. Malades et infirmiers ne communiquent avec le reste de l'hôpital que par l'intermédiaire du téléphone. La clinique n'est pas absolument gratuite. Beaucoup de malades payent deux francs par jour environ. La nourriture est saine, abondante, agréable. Les malades sont parfaitement soignés et ce n'est qu'avec peine qu'on les décide à quitter l'hôpital quand ils sont guéris. Il existe une consultation externe qui est fréquentée par une vingtaine de malades par jour.

Les salles des malades sont spacieuses. Le chauffage et la ventilation ne laissent rien à désirer. Les lits sont en fer, à bonne distance l'un de l'autre ; mais ils ont un défaut, ils sont trop bas. La literie est excellente. Un matelas peu épais est directement appliqué sur le sommier qui m'a paru être généralement bon. Sur ce matelas se trouve un autre qui est formé par trois pièces absolument distinctes, mais juxtaposées. La première correspondant à la tête et à la partie supérieure du malade, la deuxième au bassin, la troisième aux membres inférieurs. Le malade repose donc sur trois petits matelas, placés en long, et que l'on peut enlever séparément, disposition heureuse qui permet d'ôter le matelas situé sous le bassin quand les urines ont traversé les draps.

Notre attention a été fixée sur la table de nuit des malades. Rien de plus simple, rien de plus commode, rien de plus pratique que ces meubles dans lesquels il est impossible de rien cacher. Avant de quitter le lit des malades, nous avons constaté qu'à côté de chaque pancarte se trouve accrochée l'observation du malade. Les élèves n'ont pas le droit d'emporter chez eux l'observation qui est la propriété du professeur et qui sera classée, à la sortie ou à la mort du patient, dans une bibliothèque spéciale où on la retrouvera, en cas de besoin. Des bains avec des robinets pour l'eau chaude et l'eau froide, une petite cuisine très commode sont à proximité de chaque salle. Le linge sale ne séjourne jamais dans les locaux occupés par les malades. Il est immédiatement lancé dans de vastes conduits qui aboutissent dans les sous-sols.

Nous avons constaté la parfaite propreté des water-closets destinés aux malades. Les cabinets sont non seulement propres, mais bien aérés et presque luxueux. Terminons en signalant un ascenseur qui permet de transporter facilement les malades.

Voilà ce que j'ai vu en visitant les cliniques. Quels sont les vices de cette organisation? Je les ai cherchés, mais ne les ai pas trouvés.

Je termine cette longue lettre en constatant avec un réel plaisir que le peuple hongrois a largement doté sa capitale d'établissements scientifiques de premier ordre. Les sacrifices les plus considérables ont été faits pour créer à Budapesth un centre universitaire capable de rivaliser avec celui de Vienne. La Hongrie, cela est certain, n'a pas encore atteint son but. Des dépenses considérables sont encore nécessaires, des efforts incessants sont indispensables pour fonder une université comparable à la vieille école de Vienne. Il faudra attirer, fixer à Budapesth non seulement la jeunesse hongroise, mais les étudiants des pays voisins, il faudra faire s'éclore sur les bords du Danube, dans la veille cité de Budapesth, une pléiade d'hommes d'élite qui feront rayonner au loin la gloire de la science hongroise; il faudra faire dévier le courant qui se dirige vers Vienne. Mais la Hongrie est un pays qui se transforme. Budapesth marche à pas de géant dans la voie du progrès. Chaque jour la ville s'accroît et le peuple hongrois se saignera à blanc pour donner à sa capitale une importance sans cesse plus grande Ce que la Hongrie veut, c'est de faire de Budapesth un centre intellectuel qui deviendra le foyer des sciences, des arts, de l'industrie et du commerce. Ces aspirations doivent être encouragées, et, pour nous, nous avons quitté la généreuse cité en emportant la conviction qu'avant vingt ans, Budapesth aura une université de premier ordre. Puisse-t-elle devenir aussi florissante que l'Université de Vienne.

PICHEVIN.

BIBLIOGRAPHIE

Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse; par Emile DEMANGE (Paris 1886).

Ce livre est le recueil des leçons faites par M. Demange à l'hospice des vieillards de Nancy, et, comme le dit l'auteur dans sa préface, il constitue le prélude à l'étude de la pathologie de la vieillesse.

On y trouve un aperçu sur la sénilité considérée en général, et des études des lésions et des signes cliniques offerts par chaque appareil en particulier.

Cette *vue d'ensemble* sur la sénilité sert en quelque sorte d'introduction à l'ouvrage, et renferme d'abord l'exposé rapide des notions banales établies depuis longtemps déjà sur la caducité, mais, de plus, cette affirmation au moins prématurée, que les lésions de la sénilité ayant toutes des caractères communs reconnaissent une cause unique. Il s'agit, en tous cas, d'un processus atrophique de l'élément parenchymateux associé à un processus irritatif de l'élément interstitiel, aboutissant au remplacement du tissu noble par le tissu de sclérose.

L'*étude en particulier* des divers systèmes commence par celle des lésions de l'*appareil circulatoire* qui commandent toutes les autres. La corrélation entre la sénilité et l'athérome est évidente, et cette altération n'a jamais fait défaut dans plus de 500 autopsies de vieillards. Elle existe toujours au moins sur les petits vaisseaux. Ses caractères sont : la prolifération de l'endothélium vasculaire, endartérite rétrécissant le vaisseau ; l'épaississement de la tunique moyenne musculaire ; la prolifération de la couche externe. C'est, en somme, une endo-péri-artérite scléreuse.

Ce trouble anatomique agirait pour provoquer les lésions séniles, soit en s'étendant de proche en proche (théorie anatomique), soit en restreignant la nutrition des organes (théorie physiologique). Dans cette dernière hypothèse, adoptée par M. Charcot, les cellules atrophiées, par suite d'une nutrition insuffisante, déterminent la sclérose; selon l'autre opinion, qui est celle de l'auteur, la sclérose rayonnant des foyers vasculaires comme centre, atrophie le parenchyme qu'elle envahit.

Sur les gros vaisseaux, l'athérome est occasionné par l'endartérite oblitérante des vasa-vasorum et ne figure donc qu'un cas particulier de l'endartérite. Les vaisseaux, comme on sait, subissent d'ordinaire des modifications semblables sous l'influence irritative exercée sur leur paroi par un sang vicié par des substances toxiques, ou par des résidus de la dénutrition de l'organisme ; leur long fonctionnement est suivi d'endartérite chez le vieillard.

Sur le cœur, on observe : l'athérome des artères coronaires, et l'endo-péri-artérite des petits vaisseaux, la sclérose du muscle cardiaque qui en est la conséquence, l'athérome de l'endocarde et des valvules, enfin l'hypertrophie et la dilatation de l'organe.

Quelles sont les relations de cet état du cœur sénile avec les lésions artéritiques des coronaires? Celles-ci sont presque constantes, et toujours de même nature (endo-péri artérite scléreuse). Le muscle, lui, est semé de taches scléreuses, péri-vasculaires, qui sur les seuls piliers confluent au point de transformer ceux-ci en un tissu scléreux, sans trace de fibres musculaires, ailleurs déterminent une véritable myocardite interstitielle ; de plus, les faisceaux sont segmentés (dissociation du cément inter-cellulaire) et présentent la dégénérescence granuleuse et granulo-graisseuse. Quant au péricarde, ses taches laiteuses sont le résultat combiné des chocs répétés et de la tendance à la sclérose. L'hypertrophie sénile de l'organe, que M. Charcot attribuait à l'état athéromateux du système artériel, est en effet une hypertrophie compensatrice de l'obstacle à la circulation périphérique réalisé par cette lésion, et non pas une hypertrophie essentielle comparable à celle des muscles chez les manouvriers, comme l'ont prétendu Bizot et Durand-Fardel. Les autres pièces de l'appareil circulatoire sont également atteintes, et l'on observe l'infiltration graisseuse des capillaires, la dilatation variqueuse et l'épaississement des parois des veines. Il en résulte la gêne habituelle de la circulation des veines, et la fréquence des congestions passives.

L'ensemble de ces modifications apportées à l'appareil de la circulation ne laisse pas que de se manifester par des symptômes cliniques. Les signes physiques sont : à l'examen de la région précordiale une augmentation de matité indiquant l'hypertrophie du cœur et la dilatation de l'aorte ; à l'auscultation, l'irrégularité, l'inégalité des bruits du cœur; souvent le premier bruit se dédouble (bruit de galop), il s'agit alors de l'hypertrophie du ventricule gauche, d'autres fois le dédoublement du second bruit indique que l'athérome prédomine sur les valves aortiques. Les signes fonctionnels sont au début l'oppression et l'œdème malléolaire, à la fin l'asystolie. Cependant, chez le vieillard, le cœur est relativement un organe des plus résistants.

Les modifications séniles de l'*appareil respiratoire* portent sur les parois thoraciques et sur le poumon lui-même. Les pièces du sternum se soudent, les cartilages costaux s'ossifient, les côtes atteintes d'ostéoporose perdent leur élasticité, les muscles s'atrophient, et, de tout cela, résultent des déformations de la cavité thoracique dont l'effet est de diminuer sa capacité. Les plèvres présentent quelques plaques épaissies ; les poumons infiltrés d'anthracose s'atrophient en masse et deviennent emphysémateux; quelquefois il existerait de l'athérome des artères bronchiques. Les troubles fonctionnels liés à la diminution de la capacité vitale des poumons consécutive à ces altérations, sont l'anhélation et la dyspnée faciles, et la tendance aux pneumonies hypostatiques.

Mais cet amoindrissement de l'étendue du champ respiratoire retentit sur l'*hématose*. Le sang du vieillard est moins artériel, et plus veineux; il se coagule plus facilement, les

globules sont moins abondants, l'hémoglobine diminue, tandis que la cholestérine (Rodier et Becquerel) et l'urée (Quinquaud) augmentent et, l'accumulation de ces matières dans le plasma le rend relativement toxique (Brousse). Toutefois, la température du vieillard est peu différente de celle de l'adulte, du moins quant à la température centrale, car la périphérique présente comme celle de l'enfant de plus grandes variations.

Les organes *digestifs* sont frappés à des degrés divers : les dents, dont la composition chimique se rapproche de celle des dents de l'enfant, branlent et tombent, et les alvéoles s'atrophient. Quant au tractus gastro-intestinal, sa muqueuse est plus blanche, plus mince et plus lisse, la musculeuse atrophiée, les vaisseaux athéromatiés. Le foie subit une diminution de volume et de poids : sa surface granuleuse correspond histologiquement à une sclérose des espaces fortes, d'origine artérielle avec atrophie et pigmentation des cellules hépatiques. Le pancréas, la rate sont diminués de poids et variablement sclérosés. En somme, ces lésions considérables expliquent la fréquence des troubles digestifs d'où suit un ralentissement de la nutrition qui permet de considérer la sénilité comme une *bradytrophie*.

L'altération, communément appelée *rein sénile*, mérite une description approfondie en ce qu'elle réalise pour ainsi dire un type de lésion sénile. Cet organe de poids et de volume moindres, est petit, rétracté, pâle et granuleux. La capsule se décortique difficilement ; il contient un assez grand nombre de petits kystes ; sa consistance est ferme. Les artères rénales sont constamment athéromateuses.

Histologiquement, les glomérules sont en voie d'atrophie scléreuse, les tubes contournés dont l'épithélium est granuleux sont atrophiés et sclérosés, les vaisseaux sont atteints d'endo-périartérite. De plus, la sclérose procède par îlots qui partiraient des glomérules (Ballet) ou des vaisseaux (Demange) Si Ballet admet que le rein sénile n'a pas de caractères qui le différencient de celui des néphrites interstitielle ou goutteuse, *la diversité des signes cliniques* suffit à démontrer la nature autre des lésions (?). Il n'existe guère, en effet, de symptômes correspondant à ces altérations ; les urines du vieillard sont moins abondantes et moins denses et contiennent peu de phosphates et d'urée.

Les *uretères* et la *vessie*, mais surtout la *prostate*, subissent par le fait de la sénilité, des altérations de structure, dont l'hypertrophie fibro-myomateuse de ce dernier organe, est la plus notable.

Les *testicules* s'atrophient et se sclérosent, les *spermatozoïdes* disparaissent, et, chez la femme, les *ovaires* se flétrissent, l'*utérus* se rétrécit et les *organes génitaux externes* deviennent flasques.

La *peau* se sèche et se ride, le *tissu cellulaire* est moins épais, il s'y forme des hématomes, sans doute par rupture d'artérioles malades, les *cheveux* blanchissent, les *ongtes* sont secs et cassants. L'*ouïe* durcit, la *vue* s'obnubile.

Le système *locomoteur* n'est pas épargné ; les os sont atteints d'ostéoporose, les cartilages s'ossifient, certaines articulations s'enkylosent, dans d'autres les surfaces articulaires s'éburnent ; enfin les muscles sont pâles et gras.

On observe d'importantes modifications du *système nerveux*. L'encéphale diminue de poids, les capillaires subissent la dégénérescence graisseuse, les artères s'athéromasient. Sur la moelle, il en est de même ; épaississement des méninges, substance blanche à myéline granuleuse, substance grise à cellules petites et pigmentées, canal épendymaire obstrué, toutes lésions dominées par l'endo-péri-artérite sont habituellement constatées. Conséquemment survient-il des troubles cliniques variés, phénomènes dépressifs d'ordinaire, dont la démence sénile constitue le stade ultime.

Conclusion : « La cause première de tout ce désastre est l'altération vasculaire. » Les vaisseaux étant malades, la nutrition souffre, d'où l'atrophie des cellules ; celles-ci étant dégénérées agissent comme corps irritants, d'où la sclérose. Mais encore et surtout, la sclérose s'irradie de l'artère comme centre, et en diffusant, étouffe le parenchyme ; de même agit l'épaississement scléreux des enveloppes en se propageant dans la profondeur de certains organes. En dernière analyse, l'artériosclérose est la cause *initiale* de toutes les lésions.

Par ce compte rendu incomplet, on pourra juger de l'étendue des matières qu'embrasse cet ouvrage, mais sa lecture seule permettra d'apprécier la clarté et l'élégance de la description. On y sent trop peut-être la constante préoccupation de l'auteur de rattacher tous les désordres à la seule lésion artérielle. Et, au fond, cette idée maîtresse n'est une théorie séduisante que par sa seule simplicité. Les idées les plus simples sont-elles les plus justes, et la vérité scientifique réside-t-elle dans l'absolu des formules ?

L'altération vasculaire *primitive*, serait cependant, d'après l'auteur lui-même (1), sous la dépendance de l'action du sang vicié par contenu d'excès de produits de désassimilation. Or, d'où provient cet excès irritant, sinon du fonctionnement imparfait du parenchyme. Il serait donc tout aussi légitime, en s'autorisant des mêmes assertions de M. Demange, de renverser de cette façon les termes de son affirmation. Les parenchymes primitivement altérés, remplissent mal leurs fonctions par suite, les produits de désassimilation abondent dans le sang, ce liquide intoxiqué irrite les parois vasculaires et l'endartérite est créée. Paul BLOCQ.

Sulla fina struttura dei corpi striati e dei talami ottici del dott. Vittorio MARCHI (*Riv. sper. di fren.* V. XII, fasc. 4).

Les cellules nerveuses qui se rencontrent dans les *corps striés* sont de deux espèces, grandes et moyennes, et sont munies de nombreux prolongements, parmi lesquels un seul se distingue par des caractères spéciaux, c'est le prolongement nerveux ; les autres offrent les caractères des prolongements protoplasmiques. Les prolongements nerveux se composent de deux façons : les uns à une courte distance de leur origine se subdivisent en totalité et donnent lieu à un réseau nerveux très fin (cellules du 2e type) ; les autres vont directement constituer le cylindre axe d'une fibre, non sans cependant fournir quelques rameaux très déliés qui se perdent dans le réseau nerveux précédemment décrit (cellules du 1er type). Dans les deux noyaux du corps strié, on observe les deux types de cellules, avec prédominance de celles du 2e type : cette prédominance est moins accusée cependant dans le noyau lenticulaire.

Dans *les couches optiques* on ne rencontre pas les groupes isolés de cellules décrites par Luys, mais elles sont éparses irrégulièrement dans toute la masse de la substance grise. Elles sont généralement grandes et ressemblent beaucoup à celles des cornes antérieures de la moelle épinière : elles présentent, comme celles des corps striés, un seul prolongement nerveux et de nombreux prolongements protoplasmiques. A l'inverse de ce qu'on trouve dans les corps striés, ce sont ici les cellules du 1er type qui prédominent. Les cellules nerveuses font absolument défaut dans la commissure grise. Suivant la double façon dont se comporte le prolongement nerveux, les fibres se réunissent aux cellules des corps striés et des couches optiques ou directement en se confondant avec le prolongement nerveux des cellules du 1er type ; ou indirectement en se perdant dans le réseau formé par les prolongements nerveux des cellules du 2e type, avec les rameaux latéraux émanés du même prolongement des cellules du 1er type. La *capsule interne* est formée de fibres qui unissent directement les pédoncules cérébraux à la couronne rayonnante, d'autres qui parties du pédoncule aboutissent aux ganglions de la base, d'autres qui de ceux-ci vont à la couronne rayonnante, d'autres enfin qui nées des cellules contenues dans l'épaisseur de la capsule, prennent une direction ascendante ou descendante. Quant aux prolongements protoplasmiques, l'auteur incline à croire que leurs plus fines ramifications se mettent en rapport avec les vaisseaux et les cellules de la névroglie. La *névroglie* est essentiellement représentée par des cellules ayant des prolongements nombreux, longs, déliés et très ramifiés ; ces di-

(1) P. 25 — « Les gros mangeurs..., les surmenés voient leurs artères *envahies de bonne heure par l'athérome*. Dans le premier cas le sang transporte un excès d'éléments nutritifs devenus nuisibles, dans le second il charrie *les résidus de cette dénutrition excessive* qui ne fait que s'accroître en raison de l'usure de l'organisme. Le résultat est le même et *aboutit à une irritation de l'endartère*. Il en est ainsi pour le vieillard. »

verses expansions vont s'insérer aux parois des vaisseaux. *L'épendyme* qui couvre les corps striés et la face interne des couches optiques est constitué par des cellules cylindro-coniques, dont la partie la plus déliée se continue par un prolongement qui offre de très nombreuses ramifications qui pour la plupart s'insèrent aux vaisseaux. Quant aux considérations physiologiques que l'auteur déduit de l'existence de cellules et de la prédominance d'un type différent dans les corps striés et les couches optiques, elles sont que *les corps striés appartiennent surtout à la sphère sensorielle et que dans les couches optiques s'accomplissent surtout des fonctions de mouvement.* J. Séglas.

La coloration des vins par les couleurs de la houille; par Paul Cazeneuve, professeur de chimie et de toxicologie à la Faculté de médecine de Lyon. — 1 volume de 300 pages, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille. Paris.

La coloration artificielle des vins est une question à l'ordre du jour: autrefois on colorait avec le *sureau*, la *mauve*, la *cochenille* et quelques autres matières *naturelles*; aujourd'hui, on a recours presqu'exclusivement aux matières colorantes *artificielles* retirées de la houille; la *fuschine*, le *sulfoconjugué de la fuschine* et les dérivés *azoïques*. A part la question de fraude, un autre point très intéressant mérite d'être étudié. Toutes les matières colorantes employées sont-elles inoffensives et leur introduction dans le vin constitue-t-elle un danger sérieux pour la santé publique ?

Wurtz, Bouchardat, A. Gauthier, la condamnent énergiquement. Quelques-uns de ces colorants (*jaune de binitronaphtol*) sont toxiques; d'autres (*safranine, bleu de méthylène*), sans être très toxiques produisent des accidents. M. Cazeneuve étudie toutes ces questions avec soin et compétence. La première partie de l'ouvrage est consacrée à *l'étude toxicologique des colorants* et résume les travaux personnels de l'auteur, exécutés en collaboration avec le professeur Lépine, de Lyon.

La deuxième partie traite de la *recherche chimique des colorants.* M. Cazeneuve a été assez heureux pour trouver une méthode générale de recherche. Ce court aperçu nous montre toute l'utilité du livre que nous présentons au lecteur.

P. Yvon.

El craneo i la locura; par M. Rodriguez de la Torre. — Buenos-Ayres, 1887.

Dans ce travail, M. Rodriguez de la Torre étudie les variations de la forme du crâne, de son volume... suivant les différentes formes de folie. Sans discuter la valeur de ses nombreuses et patientes recherches, nous dirons simplement que les conclusions auxquelles il arrive nous paraissent peu démonstratives, et peut être exagérées. En thèse générale, on peut affirmer, dit l'auteur, que la plupart du temps on rencontre chez les aliénés une asymetrie crânienne notable, surtout dans les formes idiopathiques ou héréditaires de la folie, éliminant les formes acquises et accidentelles (alcoolisme, syphilis...) *Le volume du crâne serait exagéré chez les maniaques, diminué chez les lypémaniaques* (?) En outre il y aurait dans toutes les formes une prédominance marquée des régions latéro-postérieures même quand le volume des crânes est au-dessous de la moyenne. Chez l'idiot et le crétin le volume du crane ne signifie pas grand chose puisqu'il peut varier de l'hydrocéphalie à la microcéphalie. On doit noter cependant l'irrégularité des contours et le développement exagéré de la protubérance occipale. Le crâne des déments, en particulier, des séniles n'offre rien de particulier. L'auteur signale un développement exagéré de la partie frontale dans la paralysie générale. Dans l'épilepsie, c'est l'asymétrie crânienne que l'on rencontre le plus souvent et à un point très développé.Dans l'hystérie on trouve aussi des asymétries crâniennes. Mais ce fait n'a rien de bien particulier puisqu'il se rencontre fréquemment dans les formes les plus variées de psychopathies. — J. Séglas.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS. — Nous prions instamment tous nos lecteurs et toutes les personnes intéressées de bien vouloir nous adresser les renseignements qui les concernent avant le *30 Octobre*.

VARIA

Technique dentaire. — Des premières molaires inférieures.

Ces dents, dont les premiers vestiges se manifestent par la descente du cordon de la lame épithéliale vers la quinzième semaine de la vie *intra-utérine,* ne font guère leur éruption que dans le courant de la sixième année. Si l'on considère le temps que ces organes mettent à évoluer, subissant ou pouvant subir, comme tout produit de l'économie, les diverses influences d'arrêt de nutrition (*érosion dentaire et autres*) causées par les affections pathologiques qu'ont pu subir, soit la mère, soit l'enfant, on se rendra facilement compte de la fréquence de la carie chez ces dents. Le manque de phosphates dans l'économie fait que ces dents, quoique présentant une forme normale, manifestent par places des teintes opales, translucides, bleuâtres, qui tiennent à un défaut de calcification. Ces dents seront crayeuses, l'émail en sera mince, et la dentine assez peu compacte pour se ramollir facilement sous l'influence des agents fermentescibles. Elles sont alors d'une très grande fragilité.

Chez les dents normales et bien constituées, les diamètres antéro-postérieur et vestibulo-buccal, de la couronne varient entre 11 et 12 millimètres. Le collet est beaucoup plus étranglé que celui des deux autres molaires. Cet étranglement est dû à la divergence des racines et à la grosseur de la couronne.

La racine postérieure est plus divergente, moins grosse, plus ronde que l'antérieure qui, plus longue, plus large et aplatie, est profondément sillonnée dans le sens de sa longueur. La longueur moyenne de ces racines est de 12 à 14 millimètres. Il arrive quelquefois que l'extrémité de ces racines se recourbent l'une vers l'autre et interceptent entre elles très-solidement la paroi alvéolaire qui les séparent. On a affaire alors à une dent dite *barrée.* Les molaires supérieures présentent accidentellement de telles anomalies, mais c'est surtout chez les trois molaires inférieures qu'on les rencontre ordinairement.

Les premières *molaires* inférieures présentent cinq tubercules: deux *internes* ou *buccaux*, et trois *vestibulaires* ou *externes* On trouve sur la couronne, en passant sur la face triturante, plusieurs sillons séparant ces tubercules. Deux sur la face externe, et un sur la face interne. Des deux externes, l'une se trouve en face l'interne. Bien que ordinairement, ces sillons ne soient pas prolongés jusqu'au collet de la dent, ils n'en servent pas moins de ligne de repère pour guider l'instrument dans l'extraction. Ils correspondent en effet à la ligne de démarcation entre les racines, point où les deux extrémités du mors du davier doivent être fixées solidement.

Le Davier qui sert à l'avulsion de ces dents est un davier à manches allongés et dont les mors forment avec eux un angle obtus. Les extrémités présentent chacune une pointe qui se fixe entre les deux racines, et les parties avoisinant la pointe ont une forme concave telle, qu'elles emboitent exactement les parois convexes de la couronne, qui leur correspondent, le davier étant en place. La dent prise ainsi, aucun glissement n'est possible. Pour enlever une molaire inférieure, il faut prendre son davier à pleine main, les doigts fermés sur la branche mâle de l'outil, la partie charnue du pouce entre les deux branches, de façon à ouvrir les mors, mais aussi pour les empêcher de se fermer trop rapidement au moment où l'instrument saisit la dent. L'opérateur à la droite de son patient introduit le davier dans la bouche, la main relevée, de façon à ce que les pointes des mors puissent suivre jusqu'au collet les sillons dont nous avons parlé. Arrivé à cet endroit, il faudra sans abaisser la main faire des mouvements de latéralité, pour éloigner la gencive du collet de la dent, et non pousser droit, car la gencive serait seulement refoulée, et empêcherait de saisir au bon endroit. Dès qu'on sentira les pointes introduites, ce que l'on reconnait facilement, on rapproche alors les mors l'un vers l'autre en pressant sur les branches du davier, la main, toujours dans la même position, puis par un mouvement de renversement en dedans bien prononcé, l'on détache d'abord la racine antérieure de ces attaches membraneuses, l'on rompt ensuite les connexions de la racine postérieure par un mouvement en sens inverse, et l'on tire en haut la dent, de façon toutefois à ce que le davier ne vienne pas frapper les dents supérieures correspondantes.

Si la dent ainsi prise ne se mobilise pas suffisamment à la suite de ces deux mouvements de renversement, on les répète, jusqu'à résultat.

Il ne faudra négliger aucun des détails que nous venons d'énoncer, car, il arrivera, souvent que, l'instrument mal placé, la main dans une mauvaise position, la couronne seule viendra. Il pourra en outre se faire que les mors de l'instrument glissent et que l'opérateur casse la mauvaise dent et luxe la voisine.

Lorsqu'une dent est découronnée, il reste encore assez souvent, quelques vestiges de couronne suffisants pour indiquer où il faut

appliquer le davier. Il est possible que dans les efforts faits pour l'extraction, les deux racines se divisent, et qu'il n'en vienne qu'une. C'est ordinairement la règle. Dans ce cas, à l'aide de l'élévateur, il sera facile de l'extraire Si le praticien n'avait pas d'élévateur à sa disposition, il peut prendre un davier approprié qui, introduit à angle droit dans la bouche au niveau de la racine, la main haute, peut en ces circonstances rendre service. Le manuel consiste à enfoncer les mors de cet instrument par mouvements de latéralité aussi profondément que possible et également, et de faire des renversements en dedans et en dehors, jusqu'à avulsion complète, ce qui est facile.

Si la dent que le patient présente à extirper a l'une ou l'autre des parois latérales soit interne, soit externe, brisée jusqu'à la gencive, il ne faut pas hésiter, en se guidant sur le côté opposé, à saisir la dent à travers la gencive, la douleur n'est ni plus ni moins vive. G. GUILLOT.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Serviteurs des offices. — Troisièmement : que le grand nombre des serviteurs et servantes des ofices vient, de ce que les Religieuses les récompensent *par les habits qu'elles leur donnent, sans quoy elles n'en seroient point servies*, ne leurs pouvans donner de gages ; que ce seroit un prompt remède à ce mal, *si la pouillerie pouvoit estre ostée de la direction desdites Religieuses* et *commise à quelque homme ou garçon fidèle*. Et quant aux convalescents qui servent aussi, ausdits ofices, scavoir si on fera pratiquer le reglement de Monsieur le Bailly de la Barre du Chapitre de Paris.

Religieuses. visite. — Quatriesmement que l'on ne reçoit plus pour religieuses à l'Hostel Dieu que des filles de bonne maison et celles qui aportent le plus : ce qui fait qu'elles sont souvent malades et incapables de servir les pauvres.

Prières, modifications. — Cinquiesmement : Monsieur Le Febre a dit qu'il scait de bonne part que les religieuses s'adonnent maintenant à la meditation, aux longues oraisons, à reciter certains ofices tous les jours, mesme pratiquent la retraite des dix jours comme dans les monastères, et emploient à cela la meilleure partie du temps qu'elles doivent aux malades ; qu'elles pratiquent mesme des jeusnes extraordinaires, haires et autres modifications de corps, au préjudice de leur santé et des pauvres, qui en sont moins assistez, et pour empescher cela à l'avenir qu'il seroit expedient d'avertir les filles qui viennent au Bureau pour estre receues religieuses, qu'on ne les admet pas pour pratiquer toutes ces dévotions particulières, mais seulement pour servir les pauvres, sans vaguer a autre chose.

Reception, Formule. — Sixiesmement qu'il seroit à propos de dresser une formule des choses, qui doivent estre demandées aux uns et autres quand on présente au Bureau des filles pour estre religieuses.

Apoticairerie, désordres. — Septiemement que les religieuses qui ont soin de l'apotiquairerie ne suivent point l'ordonnance des médecins, dans la composition des médicaments, y mettent la quantité et qualité des choses comme il leur plaist, au grand péril de la vie des malades ; qu'elles donnent des drogues à des personnes de dehors ; que les lavements se donnent par des gens qui n'y entendent rien, mesmes par des sourds, qui n'entendent pas les plaintes de ceux qu'ils blessent ; que pour remède à ce mal, seroit d'oster aux religieuses le gouvernement de l'apotiquairerie ; pratiquer le privilège de l'Hostel Dieu pour la maistrise d'un garçon apothiquaire après six ans de service, lequel auroit la direction absolue de l'apotiquairerie souz l'autorité du Bureau.

Malades moribonds. — Huitiesmement que le désordre remarqué cy devant de laisser auprès des moribonds, des malades qui comencent à se mieux porter *continue toujours, sans qu'on veuille déferer ny aux ordres de messieurs du Bureau, ny aux instances des gens de bien.*

Conférence. — Sur touttes lesquelles choses et autres qui suivent, messieurs, deputez aians trouvé à propos de demander une assemblée extraordinaire de toutte la Compagnie du Bureau, s'il trouvera à propos de demander à messieurs du Chapitre une conférence sur tous les points cy dessus ou sur partie d'iceux.

Religieuses, demandes.— Neufiemement a esté remarqué que messieurs du Bureau sont importunés en particulier par les nombreuses demandes que leur font les religieuses, qu'il seroit à propos qu'elles ne feussent faites que par la bouche de la mère Prieure, et ce au Bureau, si la chose le mérite. (*Reg.* 24, p. 69 verso, 70 et 71.)

30 may 1657. *Femme mise au carcan par les religieuses :* Sur les plaintes qui ont esté faites au Bureau que la mère Lallemand, a present Prieure de l Hostel Dieu a, *de son autorité* fait mettre *au carcan* une femme surprise en volant des draps dans ledit Hostel Dieu sans en avertir le Bureau, la Compagnie a commis MM. Perrichon, et Leconte pour en parler à ladite mère Prieure et scavoir comment le tout s'est passé et en faire leur rapport. — 8 juin. (La mère Prieure se disculpe tant bien que mal en disant que ce n'est pas sa faute, et promet que pareille chose ne se renouvellera pas à l'avenir.) (*Reg.* 24, P. 92).

Ce jour-là, les religieuses observent par hasard le règlement. C'est la première fois, nous sommes heureux de le noter.

20 *juin.* Comme aussy elle (1) a donné advis que monsieur de Villeroy aiant entrepris de remetre l'Hostel Dieu de Corbeil en estat dy pouvoir recevoir, penser et nourrir les malades, il a fait demander deux religieuses de l'Hostel Dieu, qui se disposent d'y aler pour servir lesdits malades.

Le 22 juin, la mère Prieure vient au Bureau avec la mère Nicaise et la mère La Mouche, pour prendre congé de la Compagnie; estant sur le point de partir pour aler à Corbeil, où elles sont envoiées, pour y servir les pauvres malades dans l'Hostel Dieu dudit lieu. Ce que la Compagnie a eu pour agréable. (*Reg.* 24, p. 96 (verso.)

18 *juillet* 1657. — *Enlèvement d'une femme mariée par la mère Prieure.* — Sur les remontrances faites par Etienne le Doz, qu'au préjudice de l'arrest qui ordonne, qu'il poura visiter et fréquenter Barbe Bonnet, sa femme, au lieu où elle estoit lors, on (la mère Prieure) l'a soustraite dudit lieu et amena à l'Hostel Dieu, pour luy oster le moien de la voir; ouys les parens du mary et de la femme, et l'afaire mise en délibération. La Compagnie a aresté que ladite Bonnet sera rendue à son père, ce qui ne sera exécuté qu'après que monsieur Perreau en aura parlé à monsieur le théologal directeur du spirituel dudit Hostel Dieu, pour empescher que pareille chose n'arive plus désormais. (*Reg.* 24, p. 108.)

1657. 20 *juillet.* — Ledit sieur Perreau a raporté, que la délibération du Bureau du dernier jour, touchant la femme d'Estienne le Doz retirée à l'Hostel Dieu étoit exécutée, lorsqu'il retourna à l Hostel Dieu, la mère Prieure lui aiant dit avoir mis la femme dudit Doz ès mains de sa mère et de sa tante ; Et que Monsieur le Theologal directeur spirituel dudit Hostel Dieu a jugé que cela meritoit un reglement, qu'il faloit concerter ensemble, et quand il seroit fait, tenir la main soigneusement à le faire exécuter. (*Reg.* 24, p. 109).

Nous trouvons un mémoire manuscrit sur les *bouches inutiles* de l'Hôtel Dieu, concernant tous les gens que les religieuses conservaient pour les employer comme domestiques, au détriment des malades. Ce mémoire donne un résumé des principales observations faites au sujet de ces bouches inutiles de 1628 à 1700. Nous y relevons les passages suivants :

1659. 29 *janvier.* — Sur ce que M. Forne s'est plaint des paroles indiscrètes d'une religieuse du Légat qui a voulu empescher de faire sortir de l'Hostel Dieu des femmes convalescentes, a esté remarqué par quelques uns de Messieurs que *la conivence des Religieuses avec les convalescents* en retient ordinairement à l'Hostel Dieu *plus de cent*, que le remède y est dificile, à cause que les convalescents ne se trouvent point dans les lictz lors de la visite des medecins, que si l'office de la pouillerie n'etoit plus en la possession des religieuses, elles ne pourroient plus si facilement entretenir ce désordre, que l'exécution du reglement qui a été fait par lequel les salles de l'Hostel Dieu ont été distribuées et comises au soin particulier de Messieurs du Bureau, a de très grande importance, que le sieur Cudefo (2), a qui le bureau a commis le soin de faire sortir les convalescens, n'est pas assez apuyé pour executer cet ordre qui luy est ordonné, *estant souvent contrainct d'essuier beaucoup de reproches et d'injures des religieuses*, et que l'ordre que les religieuses ont mis de ne donner les habits aux convalescents qu'à certains jours de la semaine et a certains, contribue encore à ce dereglement.

La Compagnie a aresté que M. le theologal directeur spirituel dudit Hostel Dieu sera averty de la faute de ladicte religieuse pour y donner ordre necessaire et a cet effet a nommé MM. Leconte et Perreau, que Monseigneur le premier President sera prié vendrèdy prochain demander la mère Prieure pour luy faire entendre la meme chose afin qu'elle tienne la main que cela n'arrive plus ; et que lorsque les medecins de l'Hostel Dieu feront les visites, ils marqueront ceux qui manquent en lesdits lits qui seront congediez incontinent après, s'ils se trouvent estre du nombre des convalescents.

Il est probable que ces convalescents privilégiés étaient loin d'être des libres-penseurs, sans quoi, les sœurs, selon leur coutume, se seraient au contraire hâtées d'expulser, même

(1) La mère Prieure.

(2) Administrateur de l'Hotel Dieu.

avant l'heure, guérie ou non, la brebis galeuse du troupeau.

Concours de l'Internat des hôpitaux. — Incidents.

Tous les ans, lors de l'ouverture du concours de l'Internat, les désœuvrés du quartier latin ont l'habitude de se livrer à des manifestations plus ou moins justifiées, que chacun apprécie suivant son tempérament ; il est cependant difficile d'en tirer, le plus souvent, une signification précise, d'y voir les indices de la revendication d'une réforme libérale quelconque. Chacun peut y trouver des arguments pour ou contre telle personnalité ou tel préjugé.

Beaucoup de personnes, étrangères au concours, viennent là, suivant la tradition, pour faire du *boucan*, car les vrais candidats sont trop préoccupés de leur sort, allant en quelque sorte jouer leur avenir, pour pousser des cris aussi incohérents.

Cette année on n'a pas dérogé à la tradition ; les juges ont été accueillis par toutes sortes de cris, dominés par les sifflets les plus étourdissants : « Vive Ferron ! A bas Boulanger ! A bas Wilson ! Vive Boulanger ! Démission ! Démission ! Vive Legendre (1) ! A bas Peyron ! Limite d'âge ! Vive Huchard ! Limite d'âge ! » sans qu'on sache exactement ce que voulaient les manifestants : s'ils réclamaient la limite d'âge ou s'ils demandaient pour la première fois l'application d'un règlement né dans les conditions que nous avons rappelées et qui ont soulevé alors l'indignation de toute la jeunesse des Ecoles, ou s'ils protestaient contre le jury ou son président.

D'ordinaire, le jury se montre très patient ; il sait que l'ouverture du concours est une occasion pour tous les flâneurs du quartier Latin de s'amuser aux dépens des candidats, étudiants laborieux ; il sait attendre que les amateurs de bruit aient fatigué leurs poumons avant d'ouvrir la séance. Il y a là, pour les juges, un sacrifice de quelques minutes à faire. Aujourd'hui, quoique le tapage n'ait pas été plus considérable que de coutume, au bout de quelques instants un des juges, impatienté, se leva et voulut sortir. M. le président l'engagea à se rasseoir et essaya de rétablir le silence. Au milieu du bruit, il tira au sort le nom du candidat destiné à prendre dans l'urne le numéro de la question, et, après cette opération, déplia, sans la lire à haute voix, la feuille sur laquelle était inscrite la question répondant au numéro sorti (n° 3.)

Le vacarme continuant, les juges, avec la hâte naturelle des gens qui viennent de faire leur service d'hôpital et qui n'ont pas encore déjeuné, levèrent sur le champ la séance ; elle avait duré environ un quart d'heure.

Des incidents de ce genre ne servent malheureusement pas à rehausser le prestige du corps de l'internat, car le public ne se rend pas compte du peu d'importance et de la nature de pareilles manifestations. Il en ignore les véritables auteurs et attribue le tumulte tout à fait à tort aux internes et aux candidats. Inutile de dire que, dans ces circonstances, les candidats sont les seules victimes : c'est du temps perdu. Les intéressés savent d'ailleurs qu'ils ont d'autres moyens plus sérieux à leur disposition, pour faire valoir leurs réclamations

Asiles d'aliénés de la Seine — Concours d'Internat en Médecine et en Pharmacie.

I. *Concours pour la nomination à cinq places vacantes d'internes titulaires en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de Police).* — Le lundi 5 décembre 1887, à midi précis, il sera ouvert à l'Asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à cinq places d'internes titulaires en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Pavillon de Flore, aux Tuileries (Bureau du Personnel). — Entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 3 novembre jusqu'au samedi 19 novembre 1887, inclusivement. *Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir.* Pourront concourir à l'internat en médecine, dans les asiles de Sainte-Anne, Ville-Evrard, Vaucluse et Villejuif, et le Dépôt des aliénés près de la Préfecture de Police, tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans révolus, le jour de l'ouverture du concours.

Chaque candidat, pour être inscrit au concours, doit produire les pièces ci-après : 1° Un acte de naissance ; 2° Un extrait du casier judiciaire ; 3° Un certificat de revaccination ; 4° Un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine ; 5° Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de police de son quartier. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées, ne sera pas accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'interne en médecine sont réglées comme il suit :

Epreuve d'admissibilité. — 1° Une épreuve écrite de 3 heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive. — 2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite : 30 points. Pour l'épreuve orale : 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires (1).

La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans.

Les internes titulaires des asiles de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de 800 francs à l'asile de Sainte-Anne et de 1,100 francs aux asiles de Ville-Evrard, de Vaucluse et de Villejuif.

Ceux du Dépôt des aliénés près la Préfecture de police recevront un traitement de 1,000 francs. Ils auront droit, en outre, au logement, au chauffage et à l'éclairage, dans les proportions fixées par la Préfecture de police. Ils n'auront pas droit à la nourriture,

La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le Jury d'examen, le 1er janvier *seulement* de chaque année. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes des asiles d'aliénés du département de la Seine un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris, ou de Villejuif, situé à proximité de l'enceinte. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. — Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

II. *Concours pour la nomination à quatre places vacantes d'internes titulaires en pharmacie.* — Le lundi 28 nov. 1887, à une

(1) Allusion à un incident survenu entre M. Huchard, président du jury, et M. Legendre. Voir à ce propos, *Union médicale*, n° 125, octobre 1887).

(1) Il sera nommé, à la suite du concours et dans l'ordre de mérite, *cinq internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.* — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier 1888. — Les internes provisoires pourront se représenter aux concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée, L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

heure précise, il sera ouvert à l'Asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires en pharmacie vacantes dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Bureau du personnel, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de *onze heures à trois heures*. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 27 octobre au samedi 12 novembre 1887 inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir : Tout aspirant qui veut se présenter au concours ouvert pour les places d'élève interne en pharmacie doit être âgé de vingt ans au moins et de vint-sept ans au plus. Il doit produire : 1° un acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un certificat de revaccination ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de son quartier ; 5° des certificats constatant trois années d'exercice dans les pharmacies, dont une année dans la même maison. Ces certificats devront, sous peine de nullité, indiquer quelle a été la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies. Ceux qui s'appliqueront à un stage fait dans les pharmacies hors de Paris devront, sous peine de nullité, être visés par les maires des communes où elles sont situées. Les élèves des pharmacies de Paris justifieront, en outre, de leur inscription à l'École de pharmacie. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la cloture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées, ne sera pas accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'élève interne en pharmacie sont réglées comme suit :

Epreuves d'admissibilité. — 1° Une épreuve de cinq minutes pour la reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle et à la chimie pharmaceutique : 2° Une épreuve de dix minutes consistant dans la reconnaissance de dix préparations pharmaceutiques proprement dites, et dans la description du mode par lequel on doit obtenir une ou plusieurs de ces préparations qui seront désignées par le jury.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve verbale de dix minutes portant sur la pharmacie proprement dite et la chimie; 2° Une épreuve écrite de trois heures embrassant la pharmacie, la chimie et l'histoire naturelle. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. Reconnaissance des plantes et des substances : 20 points. Reconnaissance des préparations pharmaceutiques: 20 points.

Epreuves définitives. — Epreuve verbale, 20 points ; épreuve écrite, 30 points. Les plantes et substances à reconnaitre seront communes à tous les candidats qui subiront les épreuves dans la même séance ; elles seront choisies par le jury avant d'entrer en séance.

Pour les épreuves orales, les questions sont rédigées par le jury, chaque jour d'épreuve, au nombre de trois, avant d'entrer en séance. La question tirée au sort est la même pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats; il est tiré au sort sur trois questions qui seront rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance. A l'ouverture du concours, *le 28 novembre*, à une heure, le président du jury tirera immédiatement au sort les noms des élèves qui devront subir dans cette séance l'épreuve de la reconnaissance des plantes, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance.

La durée des fonctions d'interne titulaire est de trois ans (1). La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen, le 1er janvier *seulement*, de chaque année. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes au moins une année sur trois dans un des services de l'Asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service.

Les internes titulaires en pharmacie des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de 800 francs à l'Asile de Sainte-Anne, de 1.100 francs aux Asiles de Ville-Evrard, de Vaucluse et de Villejuif

(1) Il sera nommé, à la suite dudit concours et dans l'ordre de mérite, *quatre internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement*. — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier 1888. — L'interne provisoire pourra se représenter au concours pour les places d'internes titulaires. — L'interne provisoire qui se fait recevoir pharmacien renonce implicitement à se représenter au concours, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

Erection de la statue de Pierre Belon au Mans.

On a inauguré cette semaine, au Mans, la statue du célèbre Pierre BELON, plus connu comme naturaliste-voyageur que comme médecin. La cérémonie a été présidée par M. Cordelet, maire du Mans, assisté d'un grand nombre de notabilités, de plusieurs membres de l'Académie de médecine et d'un certain nombre de professeurs des Facultés des sciences de Caen, Rennes et Paris. M. le Dr Louis Crié, professeur à la Faculté des sciences de Rennes, à qui est due l'érection de cette statue, en a fait la remise à la ville du Mans : « J'apporte, a-t-il dit, le salut d'un enfant du Maine à la mémoire d'un glorieux ancêtre. » Au cours de son allocution, M. le Maire a lu une dépêche de félicitations envoyée par M. Rawlof, professeur à l'Université de Moscou. On sait ce que fut Pierre Belon, dont les œuvres, oubliées depuis longtemps, ont été si bien mises en lumière par M. Crié dans la *Revue scientifique*. Né vers 1517, à la Soultière, près du Mans, Belon quitta la France en 1546, et voyagea à travers l'Europe et l'Asie, s'intéressant à tout, étudiant la géographie aussi bien que la zoologie et la botanique, partout où il se trouvait. Bien avant Jussieu, il apporta en France le cèdre du Liban; il créa les jardins botaniques de René et Jean du Bellay en 1540, c'est-à-dire plus de cent ans avant la fondation du jardin des plantes. Il n'eut qu'un tort, celui d'envoyer vers 1560 des graines de tabac à Nicot... et de n'y plus penser. Nicot donna son nom à la nouvelle plante, et on sait ce qu'il en advint. Comme l'a dit M. Cordelet, l'érection d'une statue à Belon, le fondateur de l'Ichthyologie, était un acte de réparation et de justice; on doit remercier M. Crié de tout ce qu'il a fait pour en assurer la réalisation. MARC. B.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 17. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Lutz, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Bourgoin, Pouchet, Blanchard.

MERCREDI 19. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*): MM. Gariel, Bourgoin, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard.

VENDREDI 21. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — (2e *Série*) : MM. Bourgoin, Lutz, Guebhard ; (3e *Série*) : MM. Baillon, Hanriot, Villejean.

SAMEDI 22. — 1er *de Doctorat* (1er *Série*): MM. Bourgoin, Pouchet, Guebhard ; — MM. Lutz, Hanriot, Villejean.

NÉCROLOGIE.

Richard QUAIN.

Le jeudi 15 septembre, Richard QUAIN, qui appartenait à une famille de médecins bien connus, est mort à l'âge de 87 ans. Il était né près de Fermay (comté de Cork) en 1800. Son père, gentilhomme privé, était l'aîné de onze frères. Son frère aîné était Jones Quain, connu pour ses *Eléments d'anatomie*, dont la première édition parut en 1828. Richard Quain fut élevé à Fermay ; on ne sait exactement où il commença ses études médicales. Il travailla quelque temps à l'Ecole de médecine d'Aldersgate, où son frère était professeur. En 1828, il devint membre du Collège royal des Chirurgiens. Son frère aîné fut professeur d'anatomie et de physiologie de 1831 à 1836 au collège de l'Université, et, pendant quelque temps Erasmus Wilson fut son prosecteur. Richard Quain était assistant de son frère, mais fut professeur de 1832 à 1850 pour l'anatomie seulement. A la même époque, il fut nommé chirurgien assistant à l'hôpital du Nord de Londres. Avec lui étaient Samuel Cooper et Liston, tous trois ayant débuté au moment où fut fondé cet hôpital. Pendant plusieurs années, les professeurs du collège de l'Université furent très militants, et Richard Quain fut constamment mêlé à des disputes au sujet de succession de chaires et de cours et à propos du choix et de l'élection du personnel médical de l'hôpital du Nord de Londres. Samuel Cooper, Moncrieff Arnott et Sharpey furent mêlés à ces disputes. Syme, après s'être établi à Londres, retourna à Edimbourg, dégoûté. Erasmus Wilson abandonna le collège sans avoir pu obtenir un poste officiellement reconnu, et fonda une école privée qui ne dura que quelques années, tandis que Morton eut une fin prématurée, dit-on, due à un désappointement au sujet d'une promotion. Mais Richard Quain tint tête à l'orage.

En 1850, Quain devint chirurgien de l'hôpital jusqu'en 1866, époque où il se retira et fut nommé chirurgien consultant et professeur émérite de clinique chirurgicale au collège de l'Université. En 1843, il fut élu au Collège royal des chirurgiens, et à sa mort il en était le plus ancien membre de Londres. En 1854, il fut élu membre du conseil avec John Hilson. En 1865, membre de la cour des examinateurs; en 1867, président du conseil des examinateurs d'accouchement, et, en 1868, président du Collège.

En 1869, il fit des conférences sur *quelques défauts dans l'éducation générale*, sujet auquel il s'intéressait beaucoup. Dès 1845, il écrivait *quelques observations sur l'éducation et l'examen pour les degrés en médecine*, et aussi *observations sur l'éducation médicale*, en 1865. Il préconisait vigoureusement une éducation libérale pour les jeunes gens qui se destinaient à notre profession. Il représenta le conseil du collège des chirurgiens au conseil médical de 1870. Entre autres honneurs, il fut nommé chirurgien extraordinaire de la reine.

Dans la littérature médicale, Richard Quain a acquis une grande réputation. Quelques-unes de ses leçons cliniques se trouvent dans les récents numéros de ce journal, et quelques-unes furent publiées en 1884. Il écrivit aussi un ouvrage sur les *Maladies du rectum* qui atteignit deux éditions. Il est surtout réputé pour son *Anatomie des artères du corps humain avec les applications à la pathologie et à la chirurgie opératoire*, qui parut en 1844. Les *Eléments d'anatomie* du Dr Jones Quain furent publiés par ses soins, et la 5e édition fut préparée par lui et Sharpey. On ne peut pas dire qu'il ait obtenu quelque réputation comme opérateur. Il était prudent jusqu'à la timidité, mais, comme c'est fréquemment le cas, les résultats étaient souvent plus satisfaisants que ceux de chirurgiens plus habiles. C'étaient un homme d'éducation libérale, menant une vie de famille tranquille et retirée, aimable pour les étrangers, mais facilement irritable vis-à-vis de ceux avec qui il avait des démêlés professionnels. — Il ne laisse pas d'enfants. Depuis dix ans il souffrait de la pierre, et Thompson lui fit la lithotritie. La guérison fut complète. Une cystite chronique qui le fit beaucoup souffrir et lui enleva tout sommeil, a fini par l'enlever. Il fut assisté dans sa dernière maladie par William Jenner, James Paget, Stephen Paget, Douglas Powell (1).

M. O.-M.-A. BARBIER

Nous avons le très vif regret d'annoncer la mort de M. O. Michel Auguste BARBIER, secrétaire général de l'Assistance publique. M. Barbier était né le 28 septembre 1831. Il était chef du 1er bureau de la division des hôpitaux et hospices depuis neuf ans quand il fut choisi l'an dernier pour remplir les fonctions de secrétaire général. Sa connaissance approfondie des nombreux services de l'administration hospitalière, l'aménité de son caractère, justifiaient pleinement ce choix. Durant le temps trop court qu'il a occupé le secrétariat, tous ses actes ont été empreints de l'esprit de justice, de libéralisme et de bienveillance pour tous (qui devrait toujours être le caractère primordial d'une administration véritablement républicaine. Ses obsèques ont eu lieu mercredi dernier. Un grand nombre de fonctionnaires et d'employés de tous grades et beaucoup de médecins y assistaient. Tous les hôpitaux avaient envoyé des délégations et offert des couronnes.

Il est vivement à souhaiter que l'Administration choisisse pour le remplacer un homme aussi sympathique, aussi compétent et aussi dévoué aux institutions républicaines.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 2 octobre 1887 au samedi 8 octobre 1887, les naissances ont été au nombre de 1164, se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 405; illégitimes, 172. Total, 577. — *Sexe féminin*: légitimes, 414; illégitimes, 173. Total, 587

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881: 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 octobre 1887 au samedi 8 octobre 1887, les décès ont été au nombre de 829, savoir: 410 hommes et 419 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 12, F. 11 T. 23 — Variole: M. 1, F. 3. T. 4. — Rougeole: M. 4, F. 0. T. 4. — Scarlatine: M. 0. F. 4, T. 4. — Coqueluche: M. 1. F. 3. T. 4. — Diphthérie, Croup: M. 12 F. 12, T. 24. — Choléra: M. 00. F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire: M. 110, F. 83. T. 193. — Autres tuberculoses: M. 8 F. 7. T. 15. — Tumeurs bénignes: M. 1, F. 5. T. 6. — Tumeurs malignes: M. 12, F. 20. T. 32. — Méningite simple: M. 13, F. 17. T. 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale: M. 19, F. 23. T. 42. — Paralysie: M. 3, F. 4 T. 7. — Ramollissement cérébral: M. 3, F. 1. T. 4. — Maladies organiques du cœur: M. 24. F. 25. T. 49. — Bronchite aiguë: M. 6, F 7 T. 13. — Bronchite chronique: M 11. F. 13. T. 24. — Broncho-Pneumonie: M. 6, F. 6. T. 12. — Pneumonie M. 18, F. 21. T. 39. — Gastro-entérite, biberon: M. 15. F. 18. T. 33. — Gastro-entérite, sein: M 13, F. 6. T. 19. — Autres gastro entérite: M. 4. F. 4. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales: M. 0, F. 5. T 5. — Autres affections puerpérales: M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation: M. 5, F. 10, T. 15. — Sénilité: M. 3, F. 18. T. 21, — Suicides: M. 12, F. 7 T. 19. — Autres morts violentes: M. 5. F. 0 T. 5. — Autres causes de mort: M. 85 F. 83. T. 168. — Causes restées inconnues: M. 4. F. 2. T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription: 80, qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 30, illégitimes, 18 Total: 48. - *Sexe féminin*: légitimes, 20; illégitimes, 12. Total: 32.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Travaux pratiques d'Anatomie pathologique (année scolaire 1887-88). Les Travaux pratiques d'Anatomie pathologique commenceront le lundi 17 octobre 1887. MM. les Etudiants, pourvus de 12 inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine (Laboratoire d'Anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'Anatomie pathologique, tous les jours à partir du lundi 3 octobre 1887 jusqu'au samedi 19 novembre inclus, à 2 heures de l'après-midi. Une carte d'admission leur sera délivrée. *Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées*, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — Un congé pendant l'année scolaire 1887-1888, est accordé, sur sa demande, à M. Bourget, préparateur de physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — M. QUEVA, licencié ès sciences naturelles et ès sciences physiques, est nommé préparateur de botanique à ladite Faculté, en remplacement de M. Lignier, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE MUNICIPALE D'INFIRMIÈRES DE LA PITIÉ. Directeur de l'Enseignement: Dr BOURNEVILLE. L'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié a ouvert ses cours professionnels le vendredi 7 octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants: Cours d'administration: M. Pinon; — Eléments d'anatomie: M. le Dr Petit; — Eléments de physiologie: M. le Dr P. Regnard; — Pansements: M. le Dr P. Poirier; — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés: M. le Dr Maygrier; — Hygiène. M. le Dr Gilles de la Tourette; — Petite pharmacie: M. Yvon. Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Pitié doivent se faire inscrire à l'hôpital de la Pitié, rue Lacépède, n° 1, bureau de la direction, de 8 heures du matin à midi.

ECOLE NORMALE SUPÉRIEURE. — M. Alfred GIARD, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Lille, est nommé maître de conférences à l'École normale supérieure, en remplacement de M. Dastre. M. Giard était député de Valenciennes dans l'ancienne chambre. Nous enregistrons avec plaisir cette nomination qui appelle à Paris un des plus éminents zoologistes.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, des concours s'ouvriront, le 5 mai 1888, devant la Faculté de Bordeaux, pour les emplois de suppléants ci-après désignés à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse: 1° Emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie; 2° Emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale; 3° Emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique interne; 4° Emplois de suppléants des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de chacun de ces concours.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Londres.* M. le Dr J. Braxton Hicks a été nommé professeur d'obstétrique, en remplacement de M. A. Meadows, décédé. — *Université de Lemberg.* On annonce que le ministre de l'instruction publique d'Autriche a approuvé la proposition de la Faculté de phi-

(1) Résumé d'après le *British medical Journal*, 24 septembre, p. 694.

losophie de créer à l'Université de Léopol (Lemberg) des chaires d'anatomie et de physiologie. Les leçons d'anatomie commenceront immédiatement. Pour la chaire de physiologie il est accordé un subside de 3,000 fr. Cette décision est considérée comme le signe précurseur de la création d'une Faculté de médecine.

Epidémie de scarlatine. — Une épidémie de scarlatine sévit en ce moment à Bâle, où l'on signale aussi l'existence d'un certain nombre de cas de fièvre typhoïde.

Inspection générale des pharmacies de France. — On annonce que M. Balaam, pharmacien, maire de Bar-le-Duc, vient, sur les instances du sénateur de la Meuse, M. Develle, d'être nommé inspecteur général des pharmacies de France aux appointements de 20,000 fr. Le besoin se faisait-il sentir de cette nouvelle création, alors que tous les syndicats de pharmaciens émettent des vœux pour la suppression de l'inspectorat ? (*Répertoire de Pharmacie*).

L'électricité comme galactalogue. Depuis quelque temps divers praticiens ont recommandé la faradisation comme moyen de stimuler ou de restaurer la fonction mammaire diminuée ou abolie. Cette méthode n'est pas aussi nouvelle que semblent le croire certains médecins, et dans le *Bulletin de thérapeutique*, M. Misrachi, montre que l'idée de stimuler la fonction mammaire, au moyen de l'électricité, date d'il y a plus de trente ans au moins : ce serait Aubert, de Mâcon, qui aurait été l'initiateur de cette méthode. Cet hommage rendu au novateur, M. Misrachi cite un exemple fort intéressant d'une nourrice chez qui la sécrétion était complètement tarie depuis trois jours et qui, en deux jours, devint, grâce à la faradisation, une nourrice modèle (*Rev. scient.*).

Missions scientifiques. — M. le Dr Landouzy, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, est chargé par le Ministère de l'Instruction publique d'une mission au Caire et à Beyrouth.

Service de santé militaire. — Liste par ordre de mérite des candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire. *Candidats à seize inscriptions :* MM. Barthélemy, Delacroix, — *Candidats à douze inscriptions :* MM. Claude, Moutet, Amat, Claoué, de la Porte. — *Candidats ,à huit inscriptions :* MM. 1 Albert, Decaux, Biscons, Spillmann, Darricarrère, Boursiac, Ausset, Jouis, Blum, Vielle ; 11. Faivre, Moingeard, Arnould, Merlat, Roy, Martin, de Schuttelaëre, Nicolas, Sonrier, Marty. — *Candidats à quatre inscriptions :* MM. Vialle, Muller, Jacob, Meyer, Gros. Giorgi, Regnault, Le Clerc, Menut, Solmon ; .Huot, Mouginet, Cordillot, Lejonne, Toubert, Montalti, Le Fort, Ulliel, Dubuc, Besson, Aune, Mourier, Beauméricille, Masson. Soulié, Descorps, Marotte, Saulay, Dubiquet, Rossi.

Société française d'otologie et de laryngologie. — La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa session ordinaire le jeudi, 27 octobre courant, à 8 heures du soir à la mairie du Ier arrondissement, place Saint-Germain l'Auxerrois. *Ordre du jour :* 1. Election du président ; 2. Correspondance ; 3. Présentation de membres nouveaux ; *communications* : 4. *Rôle des affections de l'oreille dans le développement des maladies mentales*, par M. Lannois (de Lyon). 5 *Epiglottite œdémateuse*, par M. Ruault (de Paris). 6. *Des canalicules perforants du basement-membrane de la muqueuse nasale, nouvelles observations*, par M. Châtellier (de Paris). 7. *Surdité complète unilatérale et bilatérale à la suite des oreillons, trois observations*, par M. Ménière (de Paris). 8. *Gomme de l'aile du nez*, par M. Moure (de Bordeaux), *une observation*. 9. *Lymphadénome : surdité, paralysie faciale*, par M. Gellé (de Paris). 10. *Communications diverses* ; 11. *Présentation d'instrument*, par M. Ruault.

Statue a Guépin. — La *Revue de Bretagne et d'Anjou* ouvre une souscription pour élever une statue, à Nantes, au Dr Guépin, le célèbre médecin oculiste ; par ses bienfaits il a mérité le surnom de *Père de l'ouvrier* dans la démocratie nantaise

Statues a Velpeau, Trousseau et Bretonneau a Tours. — L'érection de ces trois statues à Tours aura lieu le 30 octobre prochain. Des délégués seront certainement envoyés par la Faculté de médecine de Paris et l'Académie ; une délégation d'étudiants devrait aussi s'y rendre. L'Association des Etudiants de Paris, nous en sommes convaincu, y songera. Le Président du comité d'initiative est M. le Dr Thomas ; les souscriptions ont atteint le chiffre de 23,000 francs. Le monument représente la *Touraine* couronnant ses trois fils. Trois orateurs prendront la parole : M. le Dr Duclos (de Tours) parlera de Bretonneau, M. le Dr Guyon de Velpeau, son maître, et M. Peter de Trousseau.

Un futur congrès international d'ophthalmologie a Heidelberg. — Le Comité de la Société d'ophthalmologie de Heidelberg a pris la résolution de provoquer pour l'année prochaine un Congrès international d'ophthalmologie dans la ville universitaire allemande. Il a chargé le directeur de la clinique ophthalmologique de Heidelberg, le conseiller médical Otto Becker, de faire les démarches nécessaires. L'éminent oculiste a communiqué ce projet au conseil municipal qui l'a accueilli avec enthousiasme. La Société d'ophthalmologie de Heidelberg est fréquentée par plus de cent oculistes connus : le professeur Schwigger (de Berlin), Fuchs (de Vienne), Stattler (de Prague), Bull (d'Amérique), Meyer et Valude (de Paris), Brettaner (de Trieste), Zehender (de Rostock), Bellarmine (de Saint-Pétersbour), Westhoff (de Hollande), Fitzgerald (d'Angleterre), etc. (*Un. médic.*).

Nécrologie. — M. Stéphane Rouchon, interne des hôpitaux de Lyon, vient de succomber après deux mois de maladie. Ses maîtres, ses collègues et ses amis sont venus en grand nombre l'accompagner à sa dernière demeure. — M. Eugène-Prosper Ollivier, docteur en médecine, pharmacien principal de première classe, en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 60 ans. — M. le Dr Neklewistch, qui vient de mourir à Looke (Pologne) à l'âge de 109 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

Jamin (R.). — Des fistules juxta-uréthrales du méat. Brochure in-8° de 24 pages.

Martel (Ch.). — De la phlébite dans le cours du rhumatisme blennorrhagique. Volume in-8 de 77 pages.

Librairie O. DOIN, 8, Place de l'Odéon.

Pinard (A. et D.). — De la gingivite des femmes enceintes et de son traitement. Brochure in-8 de 26 pages.

Bajenoff (N.-N.). — Sur l'assistance et le traitement des aliénés dans les Zemtwa et en particulier sur l'hôpital psychiatrique de Riazan. — Saint-Pétersbourg. — Typographie Stasulevitch.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

Caravias (C.). — Recherches expérimentales et cliniques sur l'antipyrine. Volume in-8 de 122 pages, avec 2 pl. hors texte.

Cornillon (J.). — Clinique thermale de Vichy (1er fascicule). Brochure in-8 de 42 pages. — Vichy, 1887. — Imprimerie C. Bougarel.

Dutertre (Em.). — De l'empoisonnement par les moules (ses causes). Brochure in-8 de 65 pages. — Boulogne-sur-Mer, 1887. — Imprimerie Ch. Aigre.

Fraipont (F.). — De la dilatation utérine en gynécologie. Brochure in-8 de 14 pages. — Liège, 1887. — Imprimerie H. Vaillant-Carmane.

Francotte (X.). — Observation neuro-pathologique, pseudo-sclérose paramyoclonus multiplex. Brochure in-8 de 12 pages. — Liège, 1887. — H. Vaillant-Carmann.

Ladame. — Relation de l'affaire Lombardi, suicide combiné d'assassinats, commis par une mère sur ses enfants. Consultation sur l'état mental de l'accusée. Brochure in-8 de 36 pages. Extrait des *Archives de l'anthropologie criminelle et des sciences pénales*. — Lyon, 1887. — A. Stork.

Mairet et Combemale. — Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du méthylal. Brochure in-8 de 32 pages — Montpellier, 1887. — Typographie Charles Boehm.

Kovalewoky (P.-J.). — Paramioclonus multiplex. Broch. in-8 de 16 pages. — Milan, 1887. — Tipografia Rachiedei.

Gutierrey (F.). — Elementos de fisiologia général. Vol. in-8 de 316 pages. — Granada, 1887. Imprimerie Paulino et Sabatel.

Kovalewsky (P.-J.). — Folie du doute. Brochure in-8 de 10 pages. — Extrait du *The Journal of Mental sciences*. — London, 1887. — J. et A. Churchill.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

par la seule action de l'air sous sa face inférieure, dont le plan incliné se comporte à la façon d'un cerf-volant.

MM. BONDONNEAU et FORET décrivent un nouveau procédé de *saccharification directe par les acides, de l'amidon contenu dans les cellules végétales*. Le glucose formé est extrait par la diffusion. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 octobre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SEQUARD.

M. CH. FERÉ rappelle que dans une précédente communication il a montré que le nystagmus était fréquent chez les épileptiques. Aujourd'hui, il apporte une observation concernant un épileptique atteint de cette variété de tremblement qui s'exagère par instants et est accompagnée alors de sensations vertigineuses très accusées. Les cas de cet ordre sont rares ; Grainger Stewart en a rapporté néanmoins un observé chez un mineur. Ce vertige paraît à l'auteur relever de l'épilepsie et devoir être rapproché des secousses musculaires que l'on observe assez souvent chez ces malades.

M. LABORDE, présentant un travail sur la cocaïne qu'il a fait avec M. OUDET, parle des dangers de l'administration de ce médicament. Un médecin, sous la gencive duquel un dentiste avait injecté cinq centigrammes de la substance, fut pris de syncopes telles qu'il faillit en mourir. Aujourd'hui que le prix de la cocaïne est devenu beaucoup moindre et que son emploi s'est beaucoup répandu, il importe de mettre ceux qui s'en servent en garde contre ses dangers.

M. R. DUBOIS continuant la série de ses recherches parle de la fonction photogénique de certains mollusques, les *Pholades*, assez rares, aujourd'hui sur les côtes de France. Les résultats qu'il a obtenus confirment encore une fois l'opinion qu'il a émise : à savoir que dans ce sujet particulier la fonction paraît être tout à fait indépendante de l'organe puisque la puissance éolorante existe dans le tissu adipeux de certaines espèces et dans la tunique interne de l'intestin de certaines autres. Les polades ayant une fonction photogénique très active, l'auteur a pu recueillir le liquide lumineux qu'elles excrètent et il est aujourd'hui persuadé que la substance photogène se compose de deux matières : l'une albuminoïde, soluble dans la benzine qu'il propose de dénommer *luciférase* ; l'autre, d'aspect cristallin, à laquelle il donne le nom de *luciférine*.

M. DALEMBERG a fait, dans le laboratoire de M. Grancher, des inoculations de cultures tuberculeuses dans les méninges par trépanation et a obtenu une tuberculisation locale et une tuberculisation généralisée ; un de ses animaux a seulement présenté une tuberculose locale. Il est vrai qu'il avait été inoculé avec des produits peu actifs et que les cultures étaient anciennes : l'auteur insiste également sur certains cas particuliers de mort très rapide survenus chez des cobayes.

M. NOCARD. Il n'y a rien d'étonnant à ce que les cobayes soient morts beaucoup plus rapidement que les lapins. M. Arloing a montré que le pus scrofuleux tue ces premiers et respecte les seconds, et l'on sait depuis bien longtemps que lorsqu'on emploie des cultures fraîches et actives on tue beaucoup plus rapidement qu'avec les anciennes. Dans ce cas même il n'y a pas de lésions tuberculeuses appréciables à l'œil nu, alors que le microscope révèle que les tissus sont farcis de bacilles.

(Comité secret à 5 heures.) GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 octobre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY

M. BALL fait une communication *sur les lésions de la morphinomanie*. La morphinomanie est bien connue de nos jours ; mais les lésions anatomiques, propres à cet état pathologique restaient ignorées. Aussi M. Ball a-t-il jugé utile de livrer à l'attention du monde médical un cas de morphinomanie avec lésions anatomiques à l'appui. Il s'agit d'une hystérique morphinomane qui est entrée à la clinique de Sainte-Anne, volontairement, dans le but de se déshabituer de ses fâcheuses habitudes. Tout d'abord on a tenté la suppression immédiate du chlorydrate de morphine, que le malade prenait chaque jour à la dose de un gramme. Cette suppression a entraîné aussitôt des accidents de collapsus, nécessitant le retour à l'emploi du médicament. On eut alors recours à la suppression progressive et graduée. L'insomnie et l'agitation furent combattues à l'aide de lavements de bromure et de chloral ; les phénomènes cardiaques nécessitèrent l'emploi du sulfate de spartéine, à la dose de 20 centigrammes par jour. Le traitement dura 42 jours, pendant lesquels la malade sembla jouir d'une santé parfaite. A cette époque, et d'une façon en quelque sorte soudaine, la malade tombe en état de collapsus et meurt. A l'autopsie, M. Ball constata une surcharge graisseuse du cœur avec un commencement de dégénérescence graisseuse des fibres musculaires, et un léger état de dégénérescence graisseuse de divers organes. L'examen clinique a révélé la présence de la morphine dans les centres nerveux, la rate, les reins et le foie. Ce fait démontre les dangers de la suppression brusque et la conduite à tenir en semblable occurence.

M. CRÉQUY communique une note sur *la contagion de la variole à distance*. Cette note est basée sur l'existence d'une petite épidémie de variole que M. Créquy a observée à l'usine à gaz de la Villette, dans le voisinage de l'hôpital des varioleux d'Aubervilliers. Quatorze cas de variole ou de varioloïde se sont ainsi produits, à 230 mètres environ de l'hôpital des varioleux. A cette occasion, M. Créquy se demande quelle distance doit exister entre un hôpital de varioleux et les autres habitations ? Quoi qu'il en soit, dès le début de l'épidémie, M. Créquy avait prêché en vain la revaccination ; aussi regrette-t-il qu'une loi coercitive sur la vaccination et la revaccination ne soit pas encore inscrite dans le code de l'hygiène générale.

M. MAGITOT fait une communication sur *la glossodynie*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° Il existe un état pathologique de la langue, qui peut prendre dans le cadre nosologique le terme de glossodynie ; 2° Cet état est susceptible de revêtir deux formes distinctes : a) la forme rhumatismale affectant, soit la totalité du système musculaire de la langue, soit certains muscles isolément ; b) la forme névralgique unilatérale ou bilatérale ; 3° Les sujets atteints appartiennent presque toujours à la classe des asthmatiques et des névropathes ; 4° La glossodynie est ordinairement très tenace. Elle apparaît, soit d'emblée, soit après la manifestation rhumatismale ou névralgique. Son pronostic ne présente aucune gravité ; 5° Le traitement de la glossodynie relève des moyens ordinaires opposés aux autres manifestations de même ordre, c'est-à-dire pour les moyens généraux, les alcalins, le bromure de potassium, l'hydrothérapie ; pour les moyens locaux, les révulsifs, les injections hypodermiques, les applications de cocaïne : ou bien la faradisation et les pointes de feu au galvano-cautère.

M. BAILLY (de Chambly) fait une communication sur *un nouveau procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle*. Ce procédé consiste à recevoir le jet du chlorure de methyle sur un tampon de ouate sèche non hydrophile et de bourre de soie. Ce tampon emmagasine et conserve son activité réfrigérante dans des conditions très régulières.

M. HAYEM lit, au nom de M. PEYRAUD (de Libourne), une note intitulée : *Etude comparative de la rage tanacétique et de la vraie rage*. L'essence de tanaisie a une action plus rabique sur le lapin que la vraie rage. Le maximum de l'action tanacétique se traduit par la tendance à mordre. La rage tanacétique se rapproche de la vraie rage par les lésions qu'elle produit (hémorrhagies sous-pleurales, infarcti sanguins du foie, mucosités spumeuses sanguinolentes de la trachée et des bronches). Tous ces phénomènes sont des faits d'excitation médullaire et surtout bulbaire et partant d'excitation des pneumo-gastriques. Ces lésions fonctionnelles peuvent exister sans poison rabique : de

simples méningites quelquefois les déterminent. La rage tanacétique n'est pas plus contagieuse que le tétanos strychnique.

M. Colin (d'Alfort) se demande la raison pour laquelle on donne le nom de rage à un ensemble d'accidents déterminés par la tanaisie.

M. Richelot fait une communication sur *la cure radicale des hernies et des hydrocèles congénitales*. M. Richelot vise spécialement les hernies congénitales. Dans les hernies inguinales, comme dans toutes les autres, la résection du sac est une des conditions de la cure radicale : la résection totale du sac inguinal est toujours possible, soit dans les kélotomies par étranglement, soit dans les cures radicales faites de propos délibéré. La résection du conduit vagino-péritonéal est toujours possible dans les hernies congénitales sans ectopie ; elle l'est aussi quand le testicule est fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre. Elle peut se faire en conservant le testicule et renfermant la vaginale autour de lui. Elle est délicate et minutieuse. La résection du conduit vagino-péritonéal, sans hernie, se fait aussi bien et dans les mêmes conditions, quand une hydrocèle réductible permet de reconnaître la disposition congénitale. Elle supprime le canal séreux qui peut devenir un sac et a la valeur d'une cure radicale préventive.

M. Horteloup rapporte le cas d'un malade atteint d'un *cancer du pénis*, auquel il a amputé cet organe au moyen d'une anse galvano-caustique. Cette opération remonte à 4 ans et le malade jouit d'une excellente santé. La généralisation cancéreuse, à la suite du cancer de la verge, est rare ; il est indiqué d'enlever les ganglions inguinaux, lorsqu'ils sont tuméfiés. M. Horteloup repousse les amputations partielles et recommande la section des corps caverneux le plus loin possible.

M. Gréhant lit une note sur le *chauffage par les poëles sans tuyau*. Il en résulte que les poëles mobiles doivent être munis d'un tuyau communiquant avec une cheminée d'un bon tirage, de façon à ce qu'il n'y ait point de reflux des produits de la combustion.

M. Berger présente une malade, soignée à l'hôpital Tenon, pour une *plaie de l'abdomen* avec issue et blessure du côlon transverse et de l'épiploon, par un coup de couteau. Après suture de l'intestin et réduction, la guérison se produisit. Le résultat heureux de l'intervention a été favorisé par les circonstances qui ont permis au chirurgien de tout remettre en ordre en moins de trois heures après la blessure, par l'étroitesse de la plaie de l'intestin et la quantité très faible de matières intestinales qui avaient pu s'introduire dans le ventre. Mais l'opération a été rendue plus difficile par l'existence d'adhérences étendues et fort anciennes qui fixaient le grand épiploon à la région hypogastrique.

M. J. Chatin fait la lecture d'un rapport officiel sur les remèdes secrets, dont les conclusions négatives sont adoptées.

M. Vigouroux a adressé à l'Académie la lettre suivante à l'occasion de la communication faite par M. le Dr Danion dans la séance du 20 septembre : Je crois utile de mettre sous les yeux de l'Académie les extraits suivants d'un article que j'ai publié en 1884 dans le *Progrès médical*, sur la polarisation des électrodes et du corps humain :

« Quant à la force électromotrice de polarisation du corps, elle est plus faible de beaucoup et très difficile à constater. Les galvanomètres ordinaires sont insuffisants. Nous avons employé un électromètre horizontal de Lippmann, dans lequel la colonne de mercure se déplace d'un millimètre pour une différence de un quatre-centième de volt. Des électrodes ordinaires *neuves*, étant reliées aux bornes de l'instrument, nous les mettons très rapidement à la place que venaient de quitter celles qui avaient livré passage au courant. Ces électrodes ordinaires nous paraissent préférables, pour cet objet, aux électrodes impolarisables et à celles en platine. Malgré la grande sensibilité de notre instrument nous n'avons pas réussi à mettre nettement en évidence le courant de polarisation du corps. La force électromotrice de ce courant est donc très faible, de l'ordre tout au plus des millièmes de volt. Elle siège probablement dans les couches superficielles de la peau, car pour le reste du corps le mouvement des liquides rend très difficilement admissible l'existence d'une polarisation. Mais c'est là un sujet à étudier en soi. En ce qui concerne la question actuelle, il nous suffit de pouvoir dire que le rôle de la polarisation des tissus est tout à fait négligeable.. .. En d'autres termes, les électrodes (et, si l'on veut, le corps) se comportent comme des accumulateurs qui se chargent pendant que le courant conserve la même direction et se déchargent dès qu'il est renversé. »

On voit que, dans son esprit et dans son résultat, cette expérience est identiquement celle rapportée en première ligne par M. Danion. L'objet de la présente note est simplement de constater cette coïncidence. Je ne conteste nullement d'ailleurs à M. Danion, ni l'initiative de la négation explicite de la polarisation des tissus animaux, ni l'originalité de ses autres expériences.

A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 octobre 1887. — Présidence de M. Millard.

M. Troisier communique un cas d'*intoxication saturnine causée par la manipulation de la braise chimique*. MM. Gérin-Roze et Duguet ont les premiers signalé cette cause d'intoxication (*Soc méd. des Hôp.*, 1885). La malade de M. Troisier était employée à l'empaquetage de la braise chimique dans un atelier dont l'atmosphère est constamment chargée de poussière de charbon. Les ouvrières présentent toutes, au bout de quelques semaines, des troubles divers qui caractérisent l'intoxication saturnine. M. Hanriot, agrégé de chimie, a fait l'analyse de cette braise chimique ; il a reconnu la présence du nitrate de plomb dans la proportion de 6 0/0 du poids du charbon.

M. Debove communique les observations de deux sujets atteints d'hystérie traumatique, sans aucun accident nerveux antérieurs. Le premier sujet est un homme de 24 ans, qui, étant en parfaite santé, tomba de 3 mètres de hauteur sur l'épaule droite. Peu après, il eut de la parésie, puis de la paralysie du bras, de la gêne de la déglutition, puis le membre inférieur se prit, le tout accompagné d'hémianesthésie. L'autre sujet a 23 ans. Il fait une chute de 6 mètres de hauteur dans un escalier, perd connaissance pendant deux heures. On constate, à l'hôpital, une hémianesthésie droite. Un mois après, attaques de nerfs violentes et fréquentes, hémiplégie droite incomplète, plaque hystérogène sur le pariétal droit. M. Debove croit que, dans ces derniers cas, le traumatisme a créé l'hystérie et non réveillé la maladie nerveuse latente. Il fait remarquer également que le maximum des signes se trouve là où a porté le traumatisme.

M. Barié a communiqué, au mois de juin, l'observation d'un phtisique avec abcès sous-cutanés multiples, sans bacilles ; néanmoins il avait considéré alors ces abcès comme étant tuberculeux. Gaucher a inoculé ce pus à des cobayes, conservés avec toutes les précautions nécessaires, et ceux-ci sont morts tuberculeux.

M. Chaslin, médecin-adjoint de Bicêtre, est nommé membre de la Société.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 octobre 1887. — Présidence de M. Polaillon.

M. Villeneuve, membre correspondant, envoie une observation de *plaie de tête par arme à feu* au niveau de la tempe droite.

M. Larrey remet sur le bureau une brochure de MM. Tirondi et Oldo intitulée : *Etudes étiologiques sur l'ulcère des pays chauds*.

M. Berger dépose une brochure de M. Böhmer intitulée : *Suture primo-secondaire des plaies* ; et d'autres de M. le Pr Zacharelli (de Parme) : *Hygroma de la bourse de Boyer* ; *Expériences sur la greffe osseuse*, etc.

M. Kirmisson fait une longue communication sur la *pathogénie des kystes dentaires*. Il a étudié, d'une façon spéciale, les préparations du Collège de France dues à M. Malassez, et il se range absolument à son opinion. Il admet la *théorie des débris paradentaires* et repousse celle de M. Magitot ou *théorie périostique*. Il se base : 1° Sur la présence d'un épithé-

lium à la face interne du kyste et sur ce fait qu'il est impossible d'admettre aujourd'hui la genèse spontanée de l'élément épithélial. Un organe conjonctif ne peut pas donner naissance à des cellules épithéliales. 2° Ce n'est pas du périoste qui se trouve dans l'alvéole de la dent, du moins un périoste analogue à celui qui recouvre les autres os. On sait aujourd'hui que ce prétendu périoste alvéolo-dentaire n'est qu'une masse de tissu ligamenteux d'où son nom actuel de *ligament suspenseur de la dent* ; dans son intérieur, il y a des masses épithéliales nombreuses. 3° Les petits kystes dentaires se trouvent souvent appendus au sommet de la dent et sont toujours intacts, lorsque la dent est arrachée. S'ils se développaient aux dépens de ce ligament, étant donné ses adhérences à l'os, leurs parois seraient déchirées souvent. Ces kystes se forment par le développement de bourgeons fongueux et de vacuoles d'abord très petites.

M. Reclus rappelle qu'il a été le premier à exposer les idées de M. Verneuil au sujet de la pathogénie des kystes dentaires. Il y a longtemps que M. Verneuil a soupçonné la théorie de M. Malassez.

M. Magitot répond successivement aux trois points de l'argumentation de M. Kirmisson. 1° M. Kirmisson aura beau dire, la genèse spontanée de l'épithélium est un fait admissible et qu'on tend aujourd'hui à admettre, depuis les recherches de M. Renault (de Lyon). Il se repent d'avoir abandonné un moment cette opinion qui est sortie d'ailleurs de l'Ecole de Robin. Aujourd'hui on ne s'étonne plus de voir des épithéliums provenir de tissus d'origine mésodermique, de tissus de nature conjonctive ; et on a raison. Les faits et les préparations histologiques sont là pour montrer qu'on n'exagère rien. 2° Il est entendu aujourd'hui que le prétendu périoste alvéolo-dentaire est un ligament. M. Magitot en convient absolument d'ailleurs il n'a pas dit autrefois que c'était du périoste absolument analogue à celui des os ordinaires. Pour lui le ligament suspenseur de la dent est un vestige de la paroi folliculaire. Rien d'étonnant dès lors à ce qu'il contienne des éléments épithéliaux. 3° Si des vacuoles se forment dans ces éléments épithéliaux, ce sont de petits abcès dûs à de la périostite, mais ce ne sont pas là des *kystes dentaires typiques*. Ces derniers s'observent toujours au sommet de la dent, jamais sur les côtés, parce que c'est là seulement que peut se développer le kyste dentaire dit jadis périostique, c'est-à-dire ligamenteux. Il y a longtemps qu'on sait que ce ligament de la dent (puisque c'est ainsi qu'il faut appeler le périoste alvéolo-dentaire, peut donner naissance à deux processus différents (abcès, kystes), ayant un point de départ commun. On ne peut comparer cliniquement les vacuoles des masses épithéliales et leurs dérivés décrits par M. Malassez, avec les vrais kystes dentaires, dits périostiques. M. Magitot d'autre part prétend qu'il connait des cas où des kystes dentaires se sont déchirés en lambeaux lors de l'extraction de la dent.

M. Kirmisson n'a pas la prétention de convaincre M. Magitot ; aussi ne veut-il pas défendre plus longtemps une théorie qui d'ailleurs n'est pas sienne ; — ce n'est pas tout à fait le cas de M. Magitot, qui pourtant allègue de sérieuses raisons.

M. Pozzi lit une observation de *Pyosalpingite*.

M. Horteloup fait une très-intéressante communication à propos d'un malade qui présente des malformations congénitales très curieuses et assez rares. Il s'agit d'une homme, qui depuis sa naissance présente les malformations suivantes : Absence de pied à la jambe gauche et sillon circulaire très profond au niveau du point où se place la jarretière. En ce point, il n'y a que le *tibia* et les vaisseaux jambiers. Absence de phalangettes à différents doigts de la main droite. Au pied droit, orteils présentant des lésions analogues et plus marqués. M. Horteloup ne voit pas là un cas où il s'est produit des amputations congénitales par le procédé admis habituellement. Il ne croit pas qu'il s'agisse d'un cas d'aïnhum proprement dit, de cette maladie exotique si peu connue en France. Pour lui, il s'agit d'amputations congénitales, dues, non pas à des brides, à des adhérences, mais à un processus pathologique spécial, à une maladie fœtale, encore non décrite, placée sous la dépendance d'une altération du derme.

M. Reclus rappelle le traitement qu'il a fait subir à une petite jeune fille présentant un sillon circulaire analogue. Il a enlevé cette bride, mais elle était moins marquée que dans le cas de M. Horteloup. Pour lui, l'aïnhum est une maladie absolument spéciale aux pays étrangers, non observée en France et qui est bien distincte de ce qu'on désigne sous le nom d'amputations congénitales. D'ailleurs, il ne faut oublier que les nègres peuvent, comme les blancs, présenter des cas d'amputations congénitales, ce qui explique la confusion qui encore règne dans la science sur ce sujet. Il n'admet pas l'explication donnée par M. Horteloup, dont le cas, pour M. Reclus, est un cas ordinaire d'amputation congénitale.

M. Horteloup pense que dans ce cas il s'agit d'un processus pathologique, à début congénital, tout à fait spécial, différent de l'aïnhum, mais comparable à lui.

M. Routier lit une observation de *tumeur du doigt*, survenue à la suite d'introduction de débris d'écailles d'huitres sous les téguments.

M. le Dentu présente une pièce pathologique enlevé chez un homme. C'est un *tératome du scrotum* ou une *inclusion fœtale*. Il a fait, avant l'opération, le diagnostic, en se basant sur la situation de la tumeur à droite, sur la conservation du testicule, sur les poussées inflammatoires avortées, survenues il y a huit ans et sur le mode de début de la tumeur. Elle était congénitale. Il croit le diagnostic possible.

M. Després a vu un cas analogue.

M. Kirmisson rappelle qu'on a pu, deux fois, conserver le testicule lors de l'ablation de semblables tumeurs ; ce qui prouve qu'il est nettement en dehors de la masse.

M. Delorme montre deux malades auxquels il a fait deux *arthrectomies*.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 27 juillet 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. F. Vigier emploie la formule suivante dans la préparation d'un élixir de Terpine, qui renferme 50 centigrammes de cet agent, par cuillerée à bouche :

Sirop de miel	
Glycérine	7 grammes.
Alcool à 95°	
Terpine	50 centigr.

pour une cuillerée à bouche. La terpine reste dissoute si l'on mélange une cuillerée de l'élixir avec un verre d'eau; dans une quantité moindre, elle se précipite.

M. Delpech désirerait connaître le dissolvant spécial qui existe dans la formule préconisée par M. Vigier.

M. Vigier répond qu'il constate simplement un fait et montre à l'appui de son assertion un flacon d'élixir préparé depuis un mois et resté parfaitement limpide.

M. Dujardin-Beaumetz présente un échantillon d'acide sulfureux dissous dans la vaseline liquide, suivant la méthode de M. Villi. A + 8° C., 100 gr. de suflure dissolvent 19.33 d'acide anhydre et, à + 14°, 2 grammes d'acide sulfureux hydraté. L'auteur emploie cette solution en injections hypodermiques, au nombre de 4 par jour, chez les tuberculeux, et parait en avoir retiré d'assez bons résultats relativement à la diminution de l'expectoration.

M. Dujardin-Beaumetz a également expérimenté les inhalations d'acide sulfureux suivant la méthode employée à l'hôpital de Cherbourg : on fait brûler en chambre close 20 grammes de fleur de soufre par mètre cube, et on y introduit les malades douze heures après ; ils y séjournent huit heures. Les bacilles disparaissent des crachats, l'expectoration, de jaune, devient blanchâtre et le sommeil est meilleur. Cette méthode est expérimentée depuis dix jours environ à l hôpital Cochin, où elle a déjà donné de bons résultats.

M. F. Vigier rappelle que M. Féréol a préconisé un traitement à peu près identique dans la coqueluche.

M. C. Paul rapporte l'observation d'un malade guéri d'un tremblement alcoolique par les douches froides et les bains galvaniques. Ce malade présentait, en outre, un tremblement congénital qui résista au traitement. Les bains galvaniques lui paraissent très efficaces dans la guérison des tremblements toxiques, mercuriel et alcoolique ; ils améliorent le tremblement de la maladie de Parkinson, mais sont sans succès dans les cas de tremblement émotif et dans la sclérose en plaques.

M. Créquy a traité des diabétiques par l'eau arsenicale lithinée, préconisée par M. Martineau. Chez un malade qui, avec le régime le plus sévère, présentait toujours 15 à 18 grammes de sucre, l'eau lithinée a fait descendre le taux à 2 grammes. Il emploie l'eau de Seltz lithinée arsenicale, pensant que pour contrôler des expériences il faut se mettre dans les mêmes conditions d'observation.

M. F. Vigier emploie, avec un même succès, des pilules renfermant 10 centigrammes de benzoate, 5 centigrammes de salicylate de lithine, à la dose de 5 à 6 par jour.

M. Dujardin-Beaumetz a également observé des améliorations considérables, mais jamais de guérisons complètes par l'usage du traitement lithiné.

Séance du 12 *octobre* 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. C. Paul présente une nouvelle édition du *Formulaire des hôpitaux* qu'il vient de mettre au courant de la science et des récentes acquisitions de la thérapeutique, en collaboration avec M. Bourgoin. Puis il lit le compte rendu général des travaux de la Société pendant l'année 1887.

M. Dujardin-Beaumetz continue à expérimenter à l'hôpital Cochin les inhalations d'acide sulfureux dans le traitement de la tuberculose. Cherchant à connaître quelle était la quantité de fleur de soufre qu'il fallait faire brûler par mètre cube d'air, il est arrivé à ce résultat, que la quantité varie avec la clôture plus ou moins hermétique de l'appartement. En faisant entrer les malades dans une salle où l'on a, quelques heures auparavant, brûlé de la fleur de soufre, on fait inhaler une quantité maximum au début, ce qui devrait être le contraire, aussi étudie-t-il le moyen de produire en permanence l'acide sulfureux. Quant aux injections d'acide sulfureux dissous dans la vaseline liquide suivant la méthode de M. Villi, l'auteur croit qu'elles se résument en l'introduction de sulfites et d'hyposulfites, procédé décrit depuis longtemps et rendu beaucoup plus pratique en faisant absorber le médicament par la voie buccale. En résumé, jusqu'à présent, les inhalations d'acide sulfureux ont diminué l'expectoration d'un premier groupe de malades, encouragé quelques autres à persévérer, et rendu plus souffrants ou tout au moins ont incommodé les patients d'un troisième groupe.

M. C. Paul constate qu'aujourd'hui 4 gaz : l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique et l'acide sulfureux luttent de concert pour guérir la tuberculose. Cela lui rappelle qu'à la fin du siècle dernier, à l'aurore de la chimie, on crut également à Montpellier, puisqu'on pouvait désormais produire les divers gaz de la respiration, avoir trouvé la véritable thérapeutique des maladies du poumon. La ville se couvrit d'officines à inhalations qu'il fallut du reste bientôt abandonner devant les insuccès. Espérons qu'avec les méthodes perfectionnées d'aujourd'hui il n'en sera heureusement plus ainsi.

M. Duhomme considère le procédé employé par M. Dujardin-Beaumetz comme très défectueux ; la fleur de soufre ne produit de l'acide sulfureux qu'en empruntant à l'air l'oxygène nécessaire à sa transformation. Les malades respirent donc dans une atmosphère complètement privée d'oxygène, ce qui ne paraît guère salutaire de prime abord tout au moins.

Gilles de la Tourette.

NEUVIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES A WASHINGTON (*suite et fin*) (1).

Séance du vendredi 9 septembre (5e journée, *fin*).

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOGRAPHIE

M. le Dr A. R. Robinson (de New-York) fait une communication sur *la pelade avec démonstrations de microbes*. Il passe en revue les observations de ceux qui lui donnent une origine nerveuse et de ceux qui lui donnent une origine parasitaire. Von Schlen a découvert des micro-organismes dans les follicules pileux, et d'autres observateurs en ont trouvé aussi ; les cultures n'ont toutefois pas donné de résultats. Cependant l'examen microscopique tendrait à prouver qu'il existe un microbe siégeant dans les parties profondes de la peau. Dans les cas avancés, il existe une atrophie de tous les tissus, à l'exception des vaisseaux. Les microbes se trouvent dans les espaces lymphatiques du chorion et dans la couche sous-papillaire. L'auteur conseille l'emploi du soufre, du pyrogallol, du mercure, etc., etc.

M. le Dr Unna remarque qu'il est difficile de décider entre les deux théories.

M. les Drs Ravogli, Knaggs, Zeisler, Reynold et Thin prennent part à la discussion.

SECTION DE LARNYGOLOGIE.

M. le Dr Carmalt Jones (de Londres) lit un mémoire sur *l'action de l'épiglotte dans la déglutition*. Il croit que l'épiglotte saisit complètement l'ouverture du larynx, à laquelle elle se moule pour ainsi dire.

M. le Dr S. Glover Allen (de New-York) montre une nouvelle *anse galvanique* et un *écraseur*.

La tension longitudinale des cordes vocales, sa physiologie et ses modifications ; par M. le Dr Desvernine (de la Havane).

Le traitement du rétrécissement chronique du larynx et de la trachée par l'intubation ; par le Dr J. O Dwever (de New York). Il cite une série d'observations qui prouvent que l'emploi du tube peut dilater le larynx au point de rendre la respiration facile.

SECTION DE CHIRURGIE DENTAIRE ET D'OTOLOGIE.

Cliniques sur les opérations dentaires ; par les Drs Starr, Yunger et Adair.

M. le professeur Busch (de Berlin) fait une communication sur *La pathologie comparée des dents, avec mention spéciale de l'ivoire de l'éléphant.*

M. le Dr Andrieu (de Paris) lit un mémoire sur *la molaire de la sixième année*. Il conseille son extraction dès que les dents permanentes sont développées.

Les autres membres de la section s'opposent à cette pratique.

M. le Dr J.-S. Marshall (de Chicago) lit un rapport sur *l'opération pour la guérison d'une névralgie persistante des deux articulations temporo-maxillaires, et douleur réfléchie dans le plexus brachial droit.*

M. le Dr Alton H. Thompson (de Topeka) lit un mémoire intitule : *La fonction influe-t-elle sur l'évolution de la structure ?*

SECTION DE CLIMATOLOGIE.

Lecture est faite des mémoires suivants :

L'effet de la lèpre sur les races hawaïennes ; par le Dr G. W. Woods.

Le traitement indigène des maladies en Syrie ; par le professeur T. W. Kay, etc , etc.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

M. le Dr H. O. Marcy (de Boston) fait une communication sur *l'histologie et le traitement chirurgical du myome utérin.*

M. le Dr Caleb R. Reed lit un article sur *les pessaires intérutérins.*

M. le Dr T. Nelson lit un mémoire sur *le traitement des myomes utérins par l'ergot.*

La cystite chez la femme ; par le Dr M. D. Spanton (de Hanley).

Les résultats intimes du raccourcissement des ligaments ronds ; par le Dr W. L. Reid (de Glasgow).

M. le Dr J. H. Kellogg (de Battle Creek) lit un mémoire sur *l'opération d'Alexander.*

Le Dr W. C. Wade (de Holly) lit un article sur *les déplacements de l'utérus.*

Le Dr J. T. Johnson (de Washington) sur *le traitement de la péritonite au début par une purgation active*

On lit ensuite des travaux des Drs Vuilliet, Hewson, et Trenholme.

SECTION D'ANATOMIE.

M. le Dr J. Neely Rhoads (de Philadelphie) lit un mémoire sur *l'anatomie des rétrécissements.*

M. le Dr Spitzka lit des communications sur *le mésencéphale du vrai reptile et sur les trajets nerveux inter-craniens.*

M. le Dr A. H. P. Leuf (de Philadelphie) lit un mémoire sur *les méthodes à employer pour étudier l'anatomie* ; et le Dr F. W. Langdon (de Cincinnati) sur *l'enseignement didactique de l'anatomie humaine.*

Discussion sur la *greffe cutanée.*

M. le Dr Pancoast fait une communication sur le *péritoine dans ses rapports avec les organes abdominaux.*

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE

La chimie et la pharmacologie des nitrites et de la nitroglycérine ; par le Dr G. A. Atkinson. Il énumère leurs propriétés toxiques et lit des observations d'expériences faites sur les animaux.

MM. les Drs Murrell, Upshur, Wade, Phillips et Brackett se joignent à la discussion.

Le poison du cobra ; par le Dr Julius Gnesda (de Berlin).

M. le Dr L. Lewin (de Berlin) lit un mémoire sur *les doses maximum de médicaments.*

(1) D'après des épreuves fournies par le *New-York Medical Record*. (Voir *Progrès médical*, nos 40, 41, 42.)

L'*action emménagogue des sels de manganèse*; par le Dr J. N. UPHEN (de Richmond).

Mémoires par MM. les Drs SHOEMAKER, CORSON et LIELL.

M. le Dr J. ANDEER (de Munich) fait une communication sur *la résorcine et ses préparations*. Il s'en sert depuis dix ans. Il a obtenu des résultats excellents dans l'eczéma et les maladies parasitaires de la peau.

Séance du samedi 10 septembre.

(6e journée).

SÉANCE GÉNÉRALE.

M. le Dr GRAILY HEWITT (de Londres) propose de remercier le Président des Etats-Unis et le peuple américain des efforts qu'ils ont faits pour amener à bonne fin le Congrès.

M. le Dr MARTIN prend la parole au nom de l'Allemagne, Le Dr LANDOLT au nom de la France, le Dr OWEN au nom de l'Angleterre.

M. le Dr J. B. HAMILTON leur répond.

M. le PRÉSIDENT annonce la cloture du Congrès.

SECTION DE CHIRURGIE (*suite*).

Vu l'importance de la communication de M. SHAKESPEARE sur l'étiologie du tétanos, nous en donnons ci-dessous un compte rendu très-détaillé :

M. E. O. SHAKESPEARE fait une étude sur la *nature infectieuse du tétanos traumatique*. Il a pratiqué plus de cinquante inoculations en se servant de deux méthodes : 1° Il a employé les inoculations intra-crâniennes en ayant recours aux procédés mis en usage par M. Pasteur dans ses expériences sur la rage ; 2° Il a essayé les inoculations sous-cutanées et les injections hypodermiques de divers liquides de l'organisme. Les précautions antiseptiques les plus minutieuses ont été prises dans toutes ces expériences ; aussi, aucun accident septique ne s'est jamais manifesté.

M. Shakespeare s'est presque toujours servi de la moelle pour pratiquer ses inoculations. Il en a fait des cultures dans de la glycérine de viande neutre et légèrement alcaline, se rappelant que la glycérine de Roux avait été recommandée pour la culture des bacilles de la tuberculose.

Les moelles tétaniques dont l'auteur a fait usage avaient été prises avec précautions sur un cheval et un mulet, puis conservées dans de la glace jusqu'au moment de l'expérience. Un petit morceau en fut alors détaché et agité fortement avec de l'eau distillée et stérilisée. Quand les matières solides ainsi mêlées au liquide furent précipitées au fond du vase, M. Shakespeare en prit une certaine quantité avec une pipette stérilisée et la déposa dans de petites coupes rendues également stériles. Il fit une série d'expériences dont voici les résultats résumés :

1° Huit lapins furent inoculés sous la dure-mère cérébrale entre le 1er et le 18 août, avec de la moelle de cheval tétanique. Un des animaux ainsi inoculés manifesta les premiers symptômes du tétanos au bout de quinze heures et mourut du tétanos vrai quarante-huit heures après la contamination. La période d'invasion de la maladie ainsi que sa durée totale furent donc considérablement abrégées parce que l'inoculation avait été faite de lapin à lapin.

2° Quatre lapins inoculés de la même façon sous la dure-mère crânienne présentèrent les premiers symptômes du tétanos au bout de vingt heures et moururent quarante-huit heures plus tard. En continuant les inoculations de lapin à lapin, les périodes d'incubation et de mort furent diminuées remarquablement.

3° Quatre lapins inoculés de même avec de la moelle de cheval conservée un jour de plus dans de la glace présentèrent les premiers accidents du tétanos au bout de vingt-quatre heures et moururent au bout de quarante-huit. Ici encore les inoculations de lapin à lapin diminuèrent la durée de ces laps de temps.

4° Trois lapins inoculés par la même méthode avec de la moelle de mulet présentèrent des phénomènes semblables à ceux que nous venons de voir plus haut.

5° Sept lapins furent inoculés sous la peau et dans les muscles musculaires du dos avec de la moelle de cheval. L'un d'eux mourut au bout de dix-huit heures, un autre au bout de dix jours, mais sans avoir présenté des symptomes tétaniques. Un lapin fut inoculé sous la dure-mère avec la moelle d'un des sujets morts et vingt jours plus tard il se portait encore bien.

6° Un lapin fut inoculé par la méthode hypodermique le 1er août avec de la moelle de cheval. Huit jours plus tard cette inoculation fut renouvelée sous la dure-mère mais avec la moelle d'un lapin mort tétanique. Cet animal devint malade et mourut du tétanos. Sa moelle fut employée à faire une inoculation intra-crânienne à un autre lapin qui manifesta les signes du tétanos au bout de vingt heures, mais qui ne mourut que cinq jours après le début de l'expérience.

7° Six sujets furent inoculés sous la dure-mère crânienne avec des émulsions de moelles d'autres lapins morts du tétanos. Ces moelles avaient subi les manipulations indiquées par Pasteur pour l'atténuation du virus de la rage et dataient de 3 à 15 jours. Cinq de ces animaux moururent de tétanos. Cette affection apparut plus tardivement que chez les sujets auxquels on avait emprunté la matière à inoculer, la mort vint aussi plus lentement et cet accroissement de la durée de la maladie fut proportionnelle à l'ancienneté des moelles, c'est-à-dire au temps employé à les dessécher. Un des animaux qui servirent dans cette série d'expériences présenta des manifestations douteuses de tétanos mais il n'en mourut pas moins et subitement.

8° M. Shakespeare fit sous la dure-mère des inoculations avec la moelle d'un lapin mort du tétanos après inoculation avec de la moelle séchée pendant quinze jours. L'animal ainsi traité présenta les premiers symptômes du tétanos au bout de quarante heures et mourut sept jours après l'inoculation. Un autre sujet traité de même mourut au bout de vingt heures.

9° Sur trois sujets inoculés par la voie crânienne le 1er septembre avec des moelles tétaniques séchées respectivement pendant 23, 27 et 28 jours ; un seul, celui inoculé avec la moelle de 27 jours, manifesta dans les premiers temps de l'expérience et dans l'après-midi du 4 septembre une certaine difficulté de la mastication. Les deux autres animaux, inoculés avec des moelles de 23 et 28 jours ne présentèrent aucun trouble morbide jusqu'au 4 septembre, terme de l'expérience.

10° Le 18 août, trois inoculations hypodermiques furent faites et les sujets restèrent complètement sains. Le 1er septembre, on leur inocula, sous la dure-mère, les mêmes moelles que dans la série d'expériences précédentes. Le lapin qui avait reçu de la moelle de 23 jours, mourut le lendemain, mais sans convulsions tétaniques ; celui qui avait été inoculé avec la moelle de 28 jours présenta le 4 septembre dans l'après-midi de la difficulté pour manger. Enfin l'animal ayant reçu la moelle de 27 jours ne présenta aucun accident.

11° Trois lapins furent inoculés sous la dure-mère cérébrale avec l'encéphale d'un cheval mort tétanique. Cinq jours plus tard (le 20 août) l'inoculation fut renouvelée. L'un de ces animaux resta bien portant jusqu'au 4 septembre, un autre n'eut rien d'anormal jusqu'au 2 septembre, mais dans l'après-midi de ce jour on remarqua qu'il n'avait nul appétit ; ce malaise persista jusqu'au 4 septembre, dernière période de l'observation. Le troisième lapin manifesta de légers symptômes tétaniques le 3 septembre et ceux-ci persistaient encore le 4.

12° De la moelle de mulet fut injectée sous la peau du dos de deux lapins. Ceux-ci éprouvèrent un grand malaise ; ils eurent un certain degré de paralysie légère, à la vérité, mais ils n'offrirent à l'observation aucun accident convulsif. Au bout de six heures, ils étaient radicalement guéris.

M. Shakespeare ayant eu recours à la moelle d'une vache, n'obtint, dans ce cas, que des effets très faibles et très vagues. Il pratiqua plusieurs autopsies de tétaniques et vit invariablement des congestions intenses des organes respiratoires, parfois des congestions des centres nerveux encéphaliques. La muqueuse stomacale était toujours saine.

De ses recherches, M. Shakespeare tire les conclusions suivantes : Le tétanos traumatique du cheval et du mulet est souvent, sinon toujours, une maladie infectieuse, transmissible aux autres animaux et probablement aussi à l'homme. Pendant les progrès de cette maladie, le virus est élaboré et multiplié et devient capable de produire la même maladie infectieuse chez certains autres animaux quand il est placé sous la dure-mère cérébrale. Ce virus est contenu dans la moelle de

l'animal atteint de tétanos. Il est, ainsi que le virus de la rage, capable de devenir plus virulent par l'inoculation sous dure-méréenne de lapin à lapin et il peut être atténué par l'exposition à l'air pur et à une température convenable, pendant un temps suffisant. Le virus tétanique a aussi, comme celui de l'hydrophobie, des effets beaucoup plus intenses, quand il est injecté sous la dure-mère, que lorsqu'on l'inocule sous la peau ou dans les muscles du dos.

M. Shakespeare réserve ses conclusions en ce qui concerne les effets prophylactiques des inoculations de virus atténué; il ajoute enfin que le tétanos traumatique des espèces animales inférieures et de l'homme est un état morbide infectieux, spécifique, provenant d'un virus également infectieux et spécifique, qui existe dans les tissus au siège de l'infection, dans le sang et dans le système nerveux central (1).

REVUE D'HYGIÈNE

V. L'inspection hygiénique et médicale des écoles; par le Dr Mangenot. — Masson, 1887.

VI. Traité d'hygiène militaire; par Morache (2e édition, 1886).

VII. Traité d'hygiene publique et privée; par Bouchardat (3e édition, 1887).

VIII. Assainissement de Nice. *Rapport au Conseil municipal*; Par le Dr Balestre. — Nice, 1887,

V. L'inspection hygiénique des écoles, à l'étranger, est restée plutôt hygiénique que médicale; elle s'occupe des bâtiments et du mobilier scolaires : dans quelques villes seulement cette inspection comprend aussi l'examen de l'enfant sain et de l'enfant malade, et recherche les affections contagieuses et parasitaires. En France, comme le montre le Dr Mangenot, une organisation sérieuse de l'inspection médicale des écoles n'existe pas, sauf dans quelques villes où elle a donné d'excellents résultats.

VI. Le lecteur trouvera dans cette deuxième édition de précieux renseignements sur un grand nombre de questions d'hygiène militaire : nous recommandons les chapitres relatifs à la construction des casernes, au vêtement et à l'équipement et à l'alimentation du soldat. Le livre V, sous le titre de la *Vie militaire*, comprend l'étude de toutes les situations et de tous les modificateurs qui peuvent influer sur la santé du soldat, dans des conditions sensiblement différentes de celles de la vie civile. La *désinfection* est traitée spécialement à propos de chacun des milieux où on la peut appliquer.

VII. Nous n'avons pas à analyser ici l'important traité d'hygiène du professeur Bouchardat, dont la troisième édition vient de paraître. Signalons seulement les nouveaux chapitres sur le choléra asiatique et sur l'atténuation des virus des maladies contagieuses : le traitement de la rage d'après la méthode Pasteur y est clairement exposé.

VIII. L'auteur étudie les différents systèmes qui pourraient être employés pour débarrasser une ville de ses matières fécales. La fosse fixe est condamnée de tous. Le système Berlier coûte trop cher et nécessite l'emploi des machines. Le tout à l'égout revient à un prix énorme ; il nécessite des frais d'entretien considérables; il exige l'emploi de machines et il absorbe beaucoup d'eau. Le projet proposé par le Dr Balestre pour la ville de Nice est un *separate-system* fonctionnant non par l'emploi de machines mais par la pente. Les déjections sont rapidement chassées hors des habitations : les eaux ménagères suivent la même voie et favorisent l'entraînement des matières fécales : les eaux pluviales sont complètement séparées. A. M.

(1) Nous devons la traduction de ce travail, paru dans le *British medical Journal* à notre collaborateur, M. Isch-Wall, interne des hôpitaux.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS. — Nous prions instamment tous nos lecteurs et toutes les personnes intéressées de bien vouloir nous adresser les renseignements qui les concernent avant le *30 Octobre*.

CORRESPONDANCE

Lettre de Vienne. — Congrès international d'hygiène et de démographie.

Vienne, le 12 Octobre 1887.

Monsieur et cher Directeur,

Les dernières séances du congrès ont été marquées par le triomphe des idées et des doctrines de Pasteur. Les adversaires de notre grand savant lui ont enfin rendu justice. Le succès est à peu près complet et tout esprit impartial reconnaitra à la lecture des documents qui ont été produits de quel côté se trouve la vérité. Ceux-là même qui attaquaient avec violence la pratique des vaccinations ont battu en retraite et s'ils ne déposent pas les armes c'est que, par amour-propre, ils tiennent à défendre leurs derniers retranchements. Le principe triomphe, qu'importe le reste !

Le sixième congrès d'hygiène n'aura pas été sans utilité pour la science et j'ajouterai volontiers pour la France. Chaque triomphe pacifique remporté sur le terrain international de la science doit être noté avec soin; c'est ainsi que l'influence française reprendra petit à petit la grande place qu'elle occupait jadis en Europe. Nous pouvons dire avec une certaine fierté qu'aux yeux de tous la science française a prouvé qu'elle savait marcher à la tête du progrès.

Un petit événement de date récente, a produit une certaine émotion dans le monde médical de Vienne. Le Ministre de l'Instruction publique vient de prendre une mesure disciplinaire qui est d'autant plus discutée qu'elle frappe un médecin sympathique connu par ses travaux. Le Dr. Lustgarten, assistant du professeur Kaposi, a été révoqué purement et simplement à la suite d'un incident fâcheux qui aurait dû se terminer autrement.

La cause de cette révocation est l'antagonisme, qui existe aussi bien en Autriche qu'en France, entre les médecins et l'administration des hôpitaux. Le Dr Lustgarten qui remplace en ce moment le professeur Kaposi avait signé la passage d'un de ses malades dans une salle de chirurgie. Ce passage était urgent et justifié par l'état du malade qui du reste a dû subir une opération chirurgicale. Monsieur le Directeur crut cependant devoir faire, en présence de l'infirmier qui lui portait la pancarte, certaines réflexions désobligeantes pour M. Lustgarten. Ces propos furent naturellement rapportés à l'assistant de Kaposi. M. Lustgarten envoya immédiatement au directeur, par le même infirmier une lettre non cachetée. Cette missive, dont on ne connait pas exactement les termes, était écrite sous l'influence de la colère, c'est dire qu'elle devait être très violente. Et la meilleure preuve est que le Ministre de l'Instruction publique, qui reçut communication de cette lettre, n'hésita pas à signer la révocation de M. Lustgarten. Cette mesure a soulevé bien des protestations ; M. Bohm, le Directeur de l'hôpital général a des allures dictatoriales qui sont loin de lui attirer les sympathies du corps médical.

Le professeur Billroth, après une longue absence, a fait sa leçon d'ouverture le 10 octobre. Plus de cinq cents étudiants se pressaient dans l'amphithéâtre du grand chirurgien de Vienne et, dès qu'il apparut, il fut accueilli par des tonnerres d'applaudissements. Cette ovation plus chaleureuse que de coutume s'expliquait par la joie que ses élèves devaient éprouver en le revoyant en bonne santé, après une maladie qui avait inspiré des inquiétudes les plus vives à ses amis et à ses admirateurs.

J'ai eu aussi la bonne fortune d'assister à une leçon clinique du professeur Albert. Le rival du professeur Billroth parlait devant plus de trois cents étudiants et tout le monde était sous le charme de cette parole facile, élégante, chaleureuse du professeur Albert. Son succès est toujours grand, parce qu'il ne dédaigne pas de traiter les sujets les plus élémentaires, et il le fait avec une éloquence et une science incontestables.

En quittant la clinique du professeur Albert, j'ai été rendre visite au Dr Maydl. C'est un homme de 35 ans environ, de taille moyenne et d'un abord un peu froid, quoique très poli. Le Dr Maydl est un élève distingué du professeur Albert et il réunit les qualités de son maitre et celles de Billroth. Il a le coup d'œil rapide de celui-ci, la science et l'habileté d'Albert.

mais sa réputation n'a pas encore dépassé le cercle des médecins et des chirurgiens de Vienne. Il n'aime guère à se produire. Il écrit très peu.

Ce chirurgien n'a pas ici la place qu'il devrait occuper. Après avoir été pendant 10 ans environ assistant du professeur Albert, il n'a à sa disposition que quelques lits. C'est donc un jeune qui attend le départ des vétérans de la chirurgie viennoise. Ici, comme à Paris, les plus grands talents peuvent s'étioler dans l'inactivité, quand la faveur et le hasard ne leur impriment pas une impulsion favorable.

J'ai voulu connaître, autant que faire se pouvait, l'état de la presse médicale à Vienne. Dix-neuf journaux de médecine paraissent ici, mais l'opinion générale est que la presse médicale viennoise n'est pas tout à fait à la hauteur du mouvement scientifique. PICHEVIN.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action de la cocaïne dans les maladies de l'estomac.

L'histoire de la coca n'est plus à faire. Nous n'avons donc pas l'intention de reprendre ce qui a déjà été exposé dans ces dernières années. L'histoire de la cocaïne a également suscité de nombreux mémoires qui, tous, ont mis en relief l'action anesthésique de cet alcaloïde sur les muqueuses extérieures. Mais, en même temps, les auteurs perdaient de vue, sinon l'origine première de l'avènement de cette substance en Europe, du moins le détail de son adaptation spéciale au but déterminé que les indiens lui avaient assigné en ce qui concerne l'estomac. D'abord, la coca leur servait à tromper la faim. En second lieu, ils ne mâchaient jamais de feuilles de coca sans leur associer des cendres connues sous le nom de llipta. Enfin, ils s'obligeaient à la continuité dans la mastication sous peine de perdre le bénéfice de leur traitement. Sans doute, la science moderne nous a démontré que la coca doit son action à la cocaïne qui, en insensibilisant la muqueuse stomacale, abolit la sensation de la faim. sans doute elle nous a révélé que la cocaïne appliquée sur les muqueuses a découvert les anesthésies, mais le jour où nos maîtres, je citerai par exemple M. Dujardin-Beaumetz, en ont par analogie prescrit l'ingestion stomacale, ils ont dû constater l'infidélité du médicament dans les affections gastriques. Pourquoi ?

C'est justement ce point qui mérite d'être discuté à nouveau, parce que c'est de la solution favorable du problème en question que résultera probablement une utilisation de la cocaïne qui ne le cède en rien. soit comme action bienfaisante. soit comme application pratique, au rôle du même alcaloïde par rapport aux muqueuses extérieures. Nous croyons intéressant à ce sujet de résumer les derniers travaux français.. Voici notamment comment MM. Salet et Afchain (de Saint-Germain) (1), ont procédé en de nouvelles recherches expérimentales. Après avoir une fois de plus constaté la trop courte durée de l'action de la cocaïne à faible dose, et, en revanche, sa toxicité à dose trop élevée, ils se sont proposé. par un artifice quelconque, d'en multiplier l'épandage sur la muqueuse stomacale. Or, Virchow et Cl. Bernard ont prouvé que les alcalins suractivent les fonctions des cellules de l'organe. L'hypersécrétion assurerait donc, dans l'espèce, la dilution de la cocaïne et par conséquent sa répartition uniforme sur la surface du revêtement muqueux. Les indiens ne faisaient, du reste, pas autre chose en additionnant de llipta leurs feuilles de coca : il s'agissait en effet ici de chénopodées incinérées : outre que les oxalates de chaux et de soude représentés par ces cendres, ainsi mélangés à la coca. libéraient la cocaïne, ils provoquaient par le mécanisme indiqué sa dilution. C'est aussi ce qui a lieu lorsque, avec le chlorhydrate de cocaïne. on administre une proportion relativement forte de bicarbonate de soude.

Ce n'est pas tout, d'ailleurs, car, même dans ces conditions, la cocaïne, qu'elle soit ingérée à petites ou à hautes doses, n'exerce qu'une action fugace. Nous l'avons tous noté en pareilles circonstances, à telles enseignes, qu'à l'exemple de MM. d'Ardenne (de Toulouse (1) et Houel (2), nous sommes obligés. pour faire cesser une crise douloureuse, de la poursuivre à coups répétés d'ingestion ou d'injection médicamenteuse. Mais n'allons pas dépasser la tolérance, car nous déterminerions de l'hyperexcitabilité locale et générale. — n'allons pas prescrire une absorption cocaïnique par trop prolongée ! Comment alors, avec une même dose de cocaïne, obtenir une persistance de son action anesthésique sans nuire à ses effets premiers. La physiologie a encore guidé MM. Salet et Afchain. La morphine, aux doses très minimes de 1 à 5 milligrammes complète l'anesthésie cocaïnique et la prolonge. Par conséquent, 2 à 8 milligrammes de cocaïne, joints à 1/2 à 1 milligramme de morphine enrobés dans un excès de bicarbonate de soude (doses moyennes) produisent sur la muqueuse gastrique des effets comparables à ceux d'une solution bien graduée de cocaïne sur une muqueuse accessible au pinceau. Naturellement, selon qu'on a affaire à des vomissements alimentaires, à de la dyspepsie, à de la gastralgie affectant telle ou telle forme, on intervient chez le malade par l'administration du médicament à tel ou tel moment ; l'imprégnation de la muqueuse stomacale et la persistance de l'action anesthésique étant assurées, le patient n'a pas besoin de se bourrer de cocaïne. C'est ce que nous avons personnellement maintes fois contrôlé. P. KÉRAVAL.

(1) Voir *Congrès de Toulouse* 1887. Action bienfaisante de la cocaïne alcalinisée. associée à de faible dose de morphine dans les affections douloureuses de l'estomac et du tube digestif.

(1) Voir *Congrès de Toulouse* 1887. De l'action de l'extrait de coca dans les affections de l'estomac.

(2) *Gazette des hôpitaux*, octobre 1887.

BIBLIOGRAPHIE

Saint Thomas's Hospital Reports ; publiés par les Drs GULLIVER et CLUTTON. Volume XV ; J. et A. Churchull, éditeur.

Ce volume contient les mémoires ci-après : *Contribution à l'étude collective des malades*, par F. Le Gros Clark ; — *Cas de coexistence de deux ou plusieurs anévrysmes* ; par Seymour J. Sharhey ; — *Cas de neurorraphie ou de suture des nerfs*, par W. Mc. Cormac ; — *Ostéotomie du fémur dans un cas de difformité causée par l'ankylose de la hanche*, par le même ; — *Observations sur quelques maladies nerveuses obscures des enfants*, par W. B. Hadden ; — *De l'hygiène*, par Ed. Seaton ; — *De la cocaïne dans la pratique dentaire*, par C. E. Truman ; — *De la vaccination*, R Cory ; — *Résultats statistiques de 46 cas de ponction proprostatique de l'urèthre*, pratiquées à l'hôpital St-Thomas durant les dix dernières années, par G. H. Makins ; — *Cas de perforation de l'appendice vermiforme*, par H. W. Mackensie ; — *Contribution à l'histoire de l'art dans ses rapports avec la médecine*, par W. Anderson ; ce travail est accompagné de douze planches reproduisant des frontispices ou des vignettes des plus curieuses empruntés aux anatomistes ; — *Trois cas de chirurgie* (fract. du crâne ; — obstruction intestinale consécutive à une colotomie ; — emphysème des parois abdominales), par Ch. A. Ballance ; — *Deux cas d'élongation pour une névralgie du nerf dentaire inférieur*, par Bernard Pitts ; — *Section de la 2e branche de la 5e paire*, par H. Clutton ; — *Notice*, de M. S. G. Shattock, *sur les additions* faites au musée de l'hôpital durant l'année 1886, avec des planches et des figures représentant les pièces les plus intéressantes, parmi lesquelles deux spécimens « of Charcot's Disease » (arthropathie des ataxiques) ; — Biographie de Francis Mason.

On trouve ensuite les statistiques du service obstétrical (M. R. Cory), du service médical (M. Walter Baugh Hadden), du service chirurgical (W. H. Battle), du service ophthalmologique (G. D. Johnston).

Au volume est ajouté le « Calendar and Prospectus » de l'École de l'hôpital St-Thomas, renfermant tous les détails utiles aux étudiants pour l'année 1886-87.

Comme on le voit, ce volume, ainsi d'ailleurs que les « Reports » analogues publiés par les autres Hôpitaux-Écoles de Londres

mérite d'être consulté. Il est illustré d'un grand nombre de figures. Quand verrons-nous de semblables publications en France, et particulièrement à Paris?

Sur la cataphorèse électrique ; Observations et notes ; par Antonio Boccolari. Communication à la *Société médico-chirurgicale* de Modène. Avril, 1887.

L'auteur, sous l'inspiration du professeur Galvagni, a expérimenté l'action de la cataphorèse électrique dans trois cas de sciatique et en a obtenu de bons résultats, l'appareil dont il se servait était inspiré de celui d'Adamkiewicz. Il annonce, en outre, la prochaine publication de ses recherches sur le mode d'action de ce genre de traitement.

Pierre Marie.

Perversion du sens génital chez les épileptiques ; par P.-S. Kowalewsky (*Iahrb. für Psychiatrie, VII*).

Après avoir fait une comparaison des phénomènes communs au coït et à l'attaque d'épilepsie, l'auteur rappelle que cette dernière peut être produite par les excès vénériens. Dans huit cas différents, il a vu l'épilepsie se manifester après un premier coït. Dans un cas, une jeune femme, au moment d'un coït conjugal, fut tellement effrayée par un coup de tonnerre, qu'elle fut prise d'une attaque d'épilepsie et qu'il en fut ainsi depuis à chaque coït. A cette occasion, il survenait aussi un certain degré d'incontinence du sphincter anal. Elle guérit dans la suite, et les attaques ne se montrèrent plus que lorsqu'elle se livrait au coït avec excès. (Dans ces cas, ne s'agissait-il pas plutôt d'hystérie? P. M.).

Pour ce qui est du sens génital chez les épileptiques, Kowalewsky fait remarquer que c'est ordinairement chez les héréditaires que l'on voit survenir les perversions du sens génital et aussi l'épilepsie, que ces deux manifestations proviennent d'un même fait commun ; on ne sera pas surpris qu'elles puissent coïncider chez un même individu. L'auteur rapporte une observation d'un épileptique adonné à la bestialité et chez lequel existaient aussi des troubles cérébraux très caractérisés : il était fils de parents alcooliques.

Pierre Marie.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1659. 31 *janvier*. — *Les religieuses s'opposent à la sortie des convalescents au détriment des malades.* — Monsieur Le Conte a dit qu'il n'a pas trouvé M. le Theologal pour l'advertir de la plainte que M. Forne a faite ledit jour contre une religieuse de l'Hostel Dieu, et Monseigneur le Premier President ayant fait mander la mere Prieure luy a fait plaincte tant de ladite religieuse que de ce que les dites religieuses de l'Hostel Dieu empeschent qu'on fasse sortir les convalescents, luy a fait entendre le grand interest qu'il y a de faire cesser ce désordre, à quoy elle a promis de s'employer *autant qu'il lui sera possible*.

Ce « *autant qu'il lui sera possible* » est bien une formule propre au clergé. Promettre et tenir sont deux choses bien différentes pour les disciples du Christ. La loi jésuitique ordonne du reste la conciliation du mensonge, et il se trouve toujours un chef religieux quelconque chargé de veiller à l'inexécution des promesses de la mère Prieure. C'est un moyen facile de manquer à ses engagements.

1659. 11 *octobre*. — *Moribonds envoyés par les religieuses à l'hôpital général.* — Sur la plainte que Monsieur Lhoste a fait au bureau de ce que les religieuses de l'Hostel Dieu envoient a l'hospital general des malades, qui n'en sont point sortis pour venir audit Hostel Dieu, et en ont envoie quelques uns si indisposez qu'un est mort le lendemain et deux autres sont en grand danger de la vie, d'autres sont incurables, demeurant dans l'Hostel Dieu depuis longues années, qu'il serait a propos de régler ce désordre et pour cet effet y avoir quelque conference entre Messieurs les administrateurs de ces deux hospitaux, ce que la Compagnie a agrée et remis ladite conférence aux premiers jours d'après la Saint-Martin (1). (*Délibns Reg.*, 25 et *Docts*. Tom. I, p. 135).

(1) Les promesses de la mère Prieure et de M. le Theologal sont comme nous l'avons dit bien vite oubliées.

1659. 19 *novembre*. — Un de Mrs a dit que le Sr Cudefo ayant fait perquisition exacte dans les salles et offices de l'Hostel Dieu, des filles de l'Hopital Général, dont il fut parlé le dernier jour, il ne les a sceu trouver et ne scait sy elles se retirent encore (1). (*Liasse* 875.)

On a vu que les Religieuses et les officiers de l'Hôtel Dieu, désireux de faire le moins de besogne possible, recueillaient les vagabonds et les mendiants, gardaient certains convalescents auxquels ils faisaient faire les travaux les plus pénibles, qui devaient cependant être faits par le personnel régulier de la maison.

Tous ces gens étaient logés, nourris et entretenus par les religieuses et prenaient la place des malades qu'on était obligé de refuser à l'Hotel Dieu. Tous les règlements faits contre les bouches inutiles et les convalescents demeurèrent sans résultat.

Un arrêt de la cour du Parlement condamnant deux de ces convalescents convaincus de crime d'adultère dans les salles de l'Hôtel Dieu et que nous reproduisons plus loin, amène un nouveau règlement qui blâme les religieuses de négliger le service des pauvres auquel, par leurs vœux, elles s'étaient engagées.

1660. 7 *juillet*. — *Extrait des Registres du Parlement.* — Veu par la Cour le proces criminel fait par le Bailly de la Barre du Chapitre de l'Eglise de Paris à la requeste des Mrs Gouverneurs et administrateurs de l'Hostel Dieu de Paris demandeurs et complaisans, le Procureur fiscal joint, contre Hierosme Breteur, dit Dubois, natif d'Evreux, et Marie Morin, veuve de deffunt François Chesneau, native de la ville d'Evron, deffendeurs et accusé d'adultère, exceds et voyes de fait commis par le sieur Breteur, aud. H. Dieu, appelant de la sentence contre eux rendue le 30 octobre 1636 par laquelle ledit Breteur et ladite Morin auroient esté declarez deument atteints et convaincus de crime d'adultère et d'avoir attenté ensemble dans ledit Hostel Dieu plusieurs actions salles et tendants ausd. crimes et encore ledit Breteur atteint et convaincu des violances et excez mentionnez au procez pour reparation desquels auroient esté condamnez, scavoir ledit Breteur à faire amande honorable nud, en chemise, tenant en main une torche ardente du poid de deux livres, en trois differents endroits des salles dudit Hostel Dieu et là, à haute et inteligible voix, dire et declarer, que méchament, témérairement et comme mal avisé, il a commis ledit crime, voye de fait dont il se repent et demande pardon a Dieu et à justice, ce fait apliqué au carquan pour y demeurer six heures et banny à perpetuité desdites terres, seigneuries desdits Srs Demandeurs:.., ladite Marie Morin condamnee à estre battue et fustigee nue de verge sous la custode, dans ledit Hostel Dieu. Neantmoin, à l'égard de ladite Morin, surcoiroient à l'exécution, attendu sa grossesse et sur ce que le Procureur fiscal auroit remontré *que la facilité qu'ont trouvé lesdits accusez et les autres convalescents dudit Hostel Dieu de demeurer dans ledit Hospital sans aucune permission desdits siens administrateurs, sous prétexte de s'employer à quelque travail, non seulement a donné lieu ausdits accusez de commettre ledit crime*, mais encore de plusieurs larcins qui se sont faictz cy devant dans ledit Hostel Dieu et peu encore à l'avenir de nouveau désordre au grand préjudice des Pauvres. Pourquoy auroit été ordonne que les antiens reglemens, notament celuy faict en l'an 1560 seront executez selon leur forme et teneur avec expresses inhibitions et deffenses à tous convalessens qui auroient este malades dans ledit Hostel Dieu et generalement à toutes autres personnes de quelque age, sexe et condition qu'ils soient, de [illegible] ou [illegible] dans aucun employ ou ouvrages dans ledit Hostel Dieu en quelque sorte et maniere et sous quelque pretexte que ce puisse estre s'ilz n'y sont receus ou placés par lesdits sieurs Gouverneurs et quant ausdits Convalescents, qui par le Rapport des médecins et chirurgiens ordinaires de l'Hostel Dieu se trouveront estre forts et valides et non detenus d'aucunes maladies de sorte a eux se retirer sans nouvelle occasion de necessite de maladie, a peine d'estre les contrevenans punis corporellement ainsy qu'il sera ordonné et seroit ladite ordonnance leue et publiee par toutes les salles dudit Hostel Dieu et affichee a chacune desdites salles, au lieu le plus convenable à ce que chacun n'en pretende cause d'ignorance (2). (*Liasse* 875.)

(1) Il est impossible de se moquer plus effrontement des reglements des administrateurs.

(2) On voit par ce fait que les protégés des clergeaux ne sont, la plupart du temps, que des hypocrites. Quel est l'observateur qui n'a reculé de dégout en etudiant les types parasites qui gravitent autour des soutanes et des coiffes! A corsaire, corsaire et demi, dit le proverbe, mais quelle plaie pour la société!

Concours de l'internat : incidents.

Voici comment la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* du 13 octobre apprécie l'incident du dernier concours de l'Internat :

L'Assistance publique vient de remettre tout à coup en vigueur — en rigueur — un règlement tombé justement en désuétude, en vertu duquel les élèves ne peuvent se présenter à l'internat que s'ils sont âgés de moins de vingt huit ans. Depuis plus de vingt ans, elle avait libéralement accordé les dispenses à tous ceux qui les demandaient, et l'internat ne s'en était pas plus mal porte ., au contraire. Cette année, quelques semaines seulement avant l'ouverture de concours, elle a signifié un peu... brusquement aux internes provisoires âgés de plus de 28 ans, qu'ils ne peuvent pas concourir.

Cette pratique administrative soulève de légitimes et nombreuses protestations auxquelles nous nous associons, et puisqu'il en est temps encore — (il est toujours temps de réparer une erreur), — nous espérons que l'Assistance publique reviendra sur cette fâcheuse détermination.

L'administration possède à sa tête un homme qui a jusqu'ici donné trop de preuves de son libéralisme, de son esprit de justice et de sa modération; il a trop de cœur pour recommencer le règne du bon plaisir, renouveler d'anciens et célèbres exploits et ne pas faire droit à de justes réclamations. Les candidats ont la raison de leur côté; l'administration a un règlement pour elle; mais ne peut-on pas lui dire : O règlement..., que d'inconséquences ne commet-on pas en ton nom!

Assassinat commis par un aliéné sur un aliéné.

Un crime a été commis à Versailles dans la nuit du samedi à dimanche, dans l'hospice civil situé rue Duplessis, dit le *Temps* du 18 octobre. Un ancien marchand de vins, M Jean René Petit, âgé de trente et un ans, demeurant 22, rue de Satory, était atteint, il y a quelques jours, d'aliénation mentale. La famille le fit conduire à l'hôpital. On lui mit la camisole de force.

Dans une cellule voisine se trouvait un nommé Joseph Kernivion, agé de quarante ans, sortant de la maison d'arrêt de Versailles. Celui-ci, qui était également atteint de folie, mais n'avait pas de camisole de force, brisa pendant la nuit la porte de sa cellule, enfonça celle de Petit. Etant armé d'un morceau de bois de lit, il se précipita sur le pauvre fou sans défense et le frappa violemment à la tête.

Petit est mort peu de temps après des suites de ses blessures. Quant à Kernivion, il a été aussitôt arrêté par les gardiens. On lui a mis la camisole de force. Petit, dont les obsèques auront lieu demain, était marié et père de deux enfants.

Asile public d'aliénées de Bordeaux.

Concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'Asile d'aliénées de Bordeaux. — Le lundi 21 novembre 1887, à une heure précise, il sera ouvert à la Faculté de Médecine de Bordeaux, dans une des salles de Saint-Raphaël, un concours pour la nomination à une place d'Interne en médecine à l'Asile public d'aliénées. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à l'Asile, 145, cours Saint-Jean, bureau de la direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à quatre heures, du 1er au 17 novembre inclusivement. — *Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir :* Pourront concourir à l'internat en medecine dans l'Asile d'aliénées de Bordeaux, tous les etudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de 30 ans révolus, le jour de l'ouverture du concours. Chaque candidat pour être inscrit au concours devra produire les pièces ci-après : 1° Un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en medecine; 2° Un certificat de bonne vie et mœurs. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par l'affiche pour la clôture de la liste ne sera pas accueillie. — *Les épreuves du concours sont réglées comme il suit* : 1° *Epreuve d'admissibilité.* — Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Un delai de trois heures sera accordé pour la rédaction de cette composition. 2° *Epreuve définitive.* — Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de preparation. Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le meme pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance, par le jury. Pour l'épreuve orale, la question est tirée au sort entre les questions rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de la séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves écrite et orale. Le premier reçu au concours sera nommé, par le Préfet, interne à l'Asile d'aliénées. Les deux qui suivent seront nommés internes provisoires et à ce titre pourront être appelés à suppléer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchements. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer. La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans ; celle des fonctions d'interne provisoire de un an, mais avec faculté de prolongation, sans toutefois que cette prolongation puisse dépasser trois années. Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel de 600 francs Tout interne titulaire peut se faire recevoir docteur en médecine pendant la durée de son internat, sans être forcé de renoncer à ses fonctions.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 24. — Examens ayant lieu à 9 heures du matin. 1er *de Doctorat* : MM. Bourgoin, Guebhard, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Guebhard ; — (2e *Série*) : MM Gariel, Villejean, Blanchard.

Mardi 25. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard ; — (2e *Série*) : MM. Bourgoin, Guebhard, Villejean; — (3e *Série*) : MM Lutz, Hanriot, Pouchet.

Mercredi 26. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — (2e *Série* : MM. Gauthier, Guebhard, Villejean ; — (3e *Série*) : MM. Lutz, Bourgoin, Hanriot.

Jeudi 27. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) ; MM. Baillon, Lutz, Pouchet ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias Duval, Berger, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Troisier.

Vendredi 28. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Gariel, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Regnauld Baillon, Guebhard ; — (3e *Série*) : MM. Lutz, Blanchard, Pouchet. — 4e *de Doctorat* ; MM. Hayem, Ollivier, A. Robin.

Samedi 29. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Bourgoin, Villejean, Guebhard. — 2 *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Campenon. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Troisier, Quinquaud.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 27. — M. Gervais. A propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoide, observées en Nouvelle-Calédonie. — M Humblot. La variole traitée par la médication éthéro-opiacée, à l'hôpital Saint-Antoine (1882). — Mme Sollier. De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.

Enseignement médical libre.

Analyse des urines. — Le Dr H. Picard commencera le vendredi 21 octobre, à 5 heures, 13, rue Suger, un Cours public et gratuit sur l'analyse des urines et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la meme heure.

NOUVELLES

Natalité à Paris. — Du dimanche 9 octobre 1887 au samedi 15 octobre 1887, les naissances ont été au nombre de 1148, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 424 ; illégitimes, 153. Total, 577. — *Sexe féminin* : légitimes, 415 ; illégitimes, 156. Total, 571

Mortalité à Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 octobre 1887 au samedi 15 octobre 1887, les décès ont été au nombre de 847, savoir : 482 hommes et 365 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoide : M. 14, F. 7. T. 21. — Variole : M. 3, F. 2, T. 5. — Rougeole : M. 3, F 3. T. 6. — Scarlatine : M 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 2, F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 5, T. 18. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 126, F. 56. T. 182. — Autres tuberculoses : M. 11. F. 8. T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 25. T. 39. — Méningite simple : M. 14, F. 9 T. 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 31, F. 26. T. 57. — Paralysie : M. 5, F. 1 T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 5. T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 29. T. 50. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 6 T. 14. — Bronchite chronique : M. 23, F. 10. T. 33. — Broncho-Pneumonie : M. 7, F. 9. T. 16. — Pneumonie M. 16, F. 15. T. 31. — Gastro-entérite, biberon : M. 18, F. 13. T. 31. — Gastro-entérite, sein : M. 11, F. 8. T. 19 — Autres gastro entérite : M. 4, F. 4. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T 3. — Autres affections puerpérales : M. 0. F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 11, F. 11, T. 22. — Sénilité : M. 8, F. 11, T 19, — Suicides : M. 6, F. 6 T. 12. — Autres morts violentes : M. 5.

F. 3. T. 8. — Autres causes de mort : M. 93 F. 79. T. 172. — Causes restées inconnues : M 4 F. 3. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 28, illégitimes, 10 Total : 38 *Sexe féminin :* légitimes, 19, illégitimes, 13. Total : 32.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Travaux pratiques d'histologie* (année scolaire 1887-88, 1er semestre) sous la direction de M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine) sera ouvert, à partir du mardi 25 octobre 1887, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de 1 heure à 3 heures de l'après-midi. Les travaux pratiques d'histologie sont *obligatoires pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de troisième année.* Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les Etudiants. — Plusieurs des services de l'Ecole de Médecine, entre autres une partie de la *bibliothèque*, viennent de commencer leurs installation dans les nouveaux bâtiments du boulevard Saint-Germain. Enfin ! ! ! A quand l'Ecole pratique ?

CONCOURS DES BOURSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Le mardi 25, à 8 heures du matin, commencera le concours, des bourses de médecine à 9 heures, salle du Conseil.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. DELOTTE, docteur en médecine est institué, pour une période de neuf ans, chez des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole. — M. RAYMONDAUD est nommé, pour trois ans professeur, à partir du 31 décembre 1887, à ladite École.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Un congé d'inactivité, jusqu'au 31 janv. 1888, est accordé à M. Ripoll, prof. à ladite école. — Sont nommés : 1° *Prof. :* MM. CHARPY, docteur en médecine, anatomie ; — TOUSSAINT, docteur en médecine, *physiologie ;* — SAINT-ANGE, docteur en médecine, *pathologie interne et pathologie générale ;* — TAPIE, agrégé des Facultés de médecine, *anatomie pathologique ;* — ANDRÉ, docteur en médecine, *hygiène et médecine légale ;* — BONNEMAISON, docteur en médecine, *clinique médicale ;* — CAUBET, docteur en médecine, *clinique médicale ;* — PENIÈRES, ancien agrégé des Facultés de médecine, *pathologie externe et médecine opératoire ;* — JEANNEL, docteur en médecine, *clinique chirurgicale ;* — LABIDA, docteur en médecine, *clinique chirurgicale ;* — LABAT, docteur en médecine, *clinique obstétricale et gynécologie ;* — BOSSET, docteur en médecine, *thérapeutique ;* — LAMIC, pharmacien supérieur de 1re classe, *botanique et zoologie élémentaire ;* — FRIBAULT, docteur en médecine, *chimie médicale ;* — DUPUY, pharmacien supérieur de 1re classe, *pharmacien.* — 2° *Chargés de cours :* MM. BROEMER, pharmacien de 1re classe, *matière médicale ;* — REY, licencié ès sciences physiques, *physique médicale ;* — 3° *Suppléants :* MM. ROCHARD, docteur en médecine, *anatomie et physiologie ;* — ROULE, docteur ès sciences, *histoire naturelle ;* — MAUREL, médecin principal de la marine, *pathologie et clinique internes ;* — 4° *Chef des travaux :* M. ROCHARD, docteur en médecine, *travaux anatomiques et physiologiques.* — M. CAUBET, professeur de clinique interne, est nommé, pour trois ans, à partir du 1er novembre 1887, directeur de ladite école.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Bucharest.* — M. le Dr BABÈS, professeur extraordinaire, vient d'être nommé professeur ordinaire d'histologie et de bactériologie. — *Faculté de médecine de Kasan.* M. le Dr Adambuyk sera remplacé comme professeur d'ophtalmologie par M. le Dr REICH.

EPIDÉMIES. — On signale une épidémie de variole à Saint-Denis et à Chesnay, près Versailles.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* A la suite des incidents que nous avons raconté dans notre dernier numéro (1), le concours de l'Internat a été reporté à lundi dernier. Les candidats seuls, porteurs de leurs cartes d'externes, ont été admis dans la salle de composition. La question posée à l'épreuve écrite a été : *Veines jugulaires ; Erysipèle de la face.* Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Diaphragme* (An. et phys.), *diagnostic de la pleurésie aiguë ;* — *Veine porte extra-hépatique :* — *Signes, diagnostic et terminaison de l'étranglement herniaire.* — La lecture des compositions écrites est commencée. — Les sujets déposés dans l'urne lors de la première séance (14 octobre) étaient, dit-on, les suivants : *Rapports du rectum chez la femme, signes et diagnostic de la fièvre typhoïde* (question sortie) ; — *Veines saphènes, varices du membre inférieur sauf le traitement ;* — *Nerf crural, tétanos.* — *Concours de l'externat.* Le jury est définitivement constitué : MM. Brissaud, Muselier, H. Martin, Josias, Schwartz, Routier, Auvard. M. Schwartz est président du Jury. Le nombre des candidats s'élève à 400, parmi lesquels se trouvent huit étudiantes. La première séance a eu lieu le lundi 17 octobre à 4 h. Les séances ultérieures auront lieu les mardis, jeudis et samedis à quatre heures et demie. Les quatre premières séances seront consacrées aux candidats qui sont engagés conditionnels d'un an. Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes dans les deux premières séances : 1° *Le diaphragme ;* 2° *Articulation du genou.*

(1) Voir *Progrès médical,* n° 42, p. 311 et n° 43, p. 319 et 329.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — M le Dr de CHAPELLE, médecin-aide, à l'hôpital Saint-Jean, est nommé médecin en chef, en remplacement de M. le docteur de Lagarde, démissionnaire.

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours pour 13 places d'Internes des hôpitaux de Lyon s'est terminé jeudi soir 14 octobre. Le jury se composait de MM. Aubert, Chappet, Colrat, Mayet, Poncet, Vinay et Vincent. Les questions sorties de l'urne ont été les suivantes : Anatomie et physiologie : *Les veines caves ;* — Pathologie externe : *Le phlegmon diffus ;* — Pathologie interne : *Symptômes et traitement de l'insuffisance mitrale ;* — Questions de garde : *Empoisonnement par la belladone, traitement de l'épistaxis, indications de la version.* Les candidats nommés sont MM. Doyon, Berthet, Bonnaud, Curtillet, Durnarin, Didier, Duchesneau, Bret, Courmont, Brosset, Chapotot, Toussaint, Fayard.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* Le lundi 5 décembre 1887, à 8 heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour quatre places d'élèves internes. Le lundi 19 décembre 1887, à 3 heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital et pour dix places d'élèves externes. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration des hospices de l'Hôtel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

STATUE A THUILLIER. — Une statue de Thuillier, mort victime de son dévouement à la science, va sous peu être érigée à Alexandrie.

NÉCROLOGIE. — L'*Echo du Nord* donne les détails suivants sur la mort dramatique du Dr Ch. Passant, engagé conditionnel, qui a été brûlé vif à la salle de police : Un jeune docteur en médecine de Paris, M. CHARLES PASSANT, âgé de vingt-trois ans, incorporé au 43e de ligne, service de santé, à Lille, pour y faire son volontariat, était conduit jeudi soir à la salle de discipline de l'hôpital militaire. Pour tromper la longueur de la détention, Passant se coucha en arrivant à la salle de police, et, après avoir approché une bougie de son lit, se mit à lire. La lecture le fatigua bientôt ; c'est alors que, sans avoir pris la précaution de repousser son luminaire, il s'endormit. Une douleur aiguë le réveilla quelques instants après : le feu venait d'éclater dans la literie Passant se leva ; mais bientôt il tomba asphyxié par la fumée épaisse qui remplissait la salle. C'est alors que le malheureux jeune homme fut brûlé et ne tarda pas à succomber. Ce n'est que vers cinq heures du matin, qu'attiré par la fumée qui sortait de la salle de discipline, le caporal de service se rendit compte de ce qui se passait. Immédiatement, il donna l'alarme ; mais il était trop tard, Passant avait rendu l'âme. Une grave responsabilité incomberait, dit-on, au caporal, qui aurait eu le tort de laisser introduire dans la salle de discipline une bougie. — M. le Dr WAHU, ancien médecin principal de l'armée ; il vota en 1852 contre le rétablissement de l'empire. On lui doit quelques travaux d'hygiène concernant l'Algérie où il séjourna longtemps.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

DU MESNIL (O.). — La variole à Paris, nécessité de la création d'un institut vaccinal public. Brochure in-8 de 31 pages,

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 44. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 29 OCTOBRE 1887.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

De la perforation des petites lèvres. Son mode de production ;

Par P. BUDIN (1).

Au mois d'avril dernier, M. Secheyron a publié, dans les *Annales de gynécologie* (2) un fort intéressant travail sur la perforation des petites lèvres. Voici en quoi consiste la lésion qu'il a décrite. Chez une femme qui est accouchée, on découvre parfois, sur la face externe des petites lèvres, plus ou moins haut, une perforation circulaire ou ovoïde qui permet le passage d'un porte-plume, d'une grosse sonde ou même du petit doigt. Il y a là une véritable boutonnière, qui ne gêne, du reste, la femme en aucune façon ; le plus souvent, en effet, cette dernière ne se doute pas de la particularité qui existe du côté de ses organes génitaux. Cette disposition avait déjà été signalée par Tarnier et Chantreuil (3) dans les termes suivants : « Tantôt la petite lèvre est percée d'un trou comme si elle avait subi un accroc, tantôt elle est déchirée dans toute sa hauteur et constitue un lambeau flottant. »

Les perforations des petites lèvres ne seraient, du reste, pas extrêmement rares ; Secheyron en rapporte quatre exemples qui lui sont personnels, et il ajoute : « Pendant un séjour de deux ans dans les différents services de l'hôpital de Lourcine, notre ami et collègue Thouvenet a examiné quatre ou cinq de ces orifices. » Toutefois, si nous en jugeons d'après ce que nous avons vu nous-même, elles sont moins fréquentes que la section complète des petites lèvres.

Après avoir expliqué la perforation des petites lèvres par la distension exagérée que subit la vulve au moment de l'accouchement, au moment du passage de la tête et du tronc, M. Secheyron écrit : « Le mécanisme de la perforation des petites lèvres est peu différent de leur arrachement, de la déchirure de leur bord libre.

« Il est probable que, dans ces cas, la distension de la petite lèvre n'est pas absolue, étendue jusqu'au bord libre au moment où une contraction dernière et brusque expulse le fœtus. Ce fait expliquerait la plus grande fréquence des perforations dans les cas d'inégalité des petites lèvres, et leur existence sur la lèvre la plus longue.

« Il se peut encore que l'épaisseur des petites lèvres, différente en divers points, détermine des différences de résistance. Afin d'élucider ce point, il a été procédé à un examen minutieux de plusieurs femmes ; chez certaines, il nous a été permis de constater de l'amincissement du bord libre ; chez d'autres, au contraire, on notait de l'épaississement de ce bord. Ces parties exigeant pour se distendre une tension plus énergique résistent, tandis que les parties qui les précèdent, soumises à la distension exagérée, se rompent : le résultat de la rupture est une fente, une perforation (4). »

(1) Communication faite à la *Société de médecine de Paris*, juillet 1887.

(2) SECHEYRON. *Annales de gynécologie*, avril 1887. T. XXVII, p. 251.

(3) TARNIER et CHANTREUIL. *Traité de l'art des accouchements*, T. I, p. 748.

(4) SECHEYRON. *Loco citato*, p. 265.

Donc, pour M. Secheyron, la distension non absolue des petites lèvres, les différences de résistance des tissus et, dans certains cas, l'épaississement du bord libre des nymphes, jouent un grand rôle dans la production de cette lésion particulière. Il nous a semblé cependant que le véritable mécanisme de la perforation des petites lèvres était, à en juger par ce que nous avions vu, un peu différent dans la grande majorité des faits.

Chez les primipares, l'orifice vaginal, après avoir résisté pendant un certain temps, se rompt le plus habituellement en arrière : la déchirure peut gagner alors la fosse naviculaire, la fourchette et le périnée. D'autres lésions se produisent parfois sur les parties latérales de l'orifice vaginal et on peut les voir s'étendre obliquement de bas en haut sur la muqueuse vulvaire, jusqu'à la petite lèvre qui est sectionnée partiellement ou totalement (1) ; dans ce dernier cas, la petite lèvre est comme coupée perpendiculairement à sa longueur et la rétraction des tissus détermine un écartement très notable des lambeaux.

Or, parfois, la déchirure qui part de l'orifice vaginal gagne encore la petite lèvre, qui est perforée dans toute son épaisseur, mais le bord libre reste intact. La présence d'un grand nombre de fibres élastiques dans la constitution de la nymphe détermine alors l'écartement persistant des bords de la plaie, et la production d'une ouverture qui demeure constamment béante, en un mot, la production d'une véritable boutonnière. Du reste, en examinant avec soin la face interne de la petite lèvre perforée, on trouve, après la guérison, une cicatrice qui s'étend de la boutonnière à l'orifice vaginal ; seulement ce n'est pas une cicatrice linéaire qu'il faut s'attendre à rencontrer, mais une cicatrice plate, une cicatrice en surface, généralement ovalaire, qui peut facilement échapper à l'examen.

Les quatre cas si bien observés par M. Secheyron nous semblaient apporter eux-mêmes un argument en faveur de notre opinion. En effet, c'était toujours à la suite d'un premier accouchement que la perforation était survenue. Or, si la distension des tissus et les autres causes invoquées avaient seules agi, s'il n'avait pas existé une raison plus particulière pour favoriser la production de la boutonnière, on aurait dû trouver parfois cette lésion après un deuxième ou un troisième accouchement, car il n'est pas rare que les enfants pèsent alors plus lourd que ne pesait le premier né. La sortie d'un fœtus plus volumineux, amenant nécessairement une distension plus considérable de la vulve, devrait aussi déterminer la perforation.

Un fait absolument probant, démontrant la réalité du mécanisme que nous avons invoqué, ne tarda pas, du reste, à se produire dans notre service de la Charité.

OBSERVATION. — L'observation a été recueillie par M. Grancher, élève du service. Le 22 juin 1887, entrait à la salle de travail la nommée Marie Ra.., âgée de 26 ans, cuisinière. Enceinte pour la première fois et arrivée à terme (ses dernières règles datent du 17 septembre 1886) cette femme avait com-

(1) P. BUDIN. *Obstétrique et gynécologie*, p. 201, avec figures.

mencé à souffrir le 21 juin, à dix heures du soir. Elle est d'apparence robuste et bien constituée ; son squelette ne présente aucune trace de rachitisme. Le ventre est normalement développé et le fond de l'utérus remonte à quatre travers de doigt au dessus de l'ombilic. Au palper, on trouve la tête en bas, engagée dans l'excavation ; le front fait saillie à droite et en arrière. Au fond de l'utérus et à droite, on reconnaît une grosse extrémité, le siège ; le dos est à gauche et en avant, les petits membres sont à droite. On entend le maximum des bruits du cœur fœtal à gauche, sur une ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Au toucher, on trouve le col complétement effacé ; il présente une dilatation de 2 centimètres environ ; la suture sagittale est dirigée suivant le diamètre oblique gauche, la fontanelle postérieure est à gauche et en avant ; la fontanelle antérieure à droite et en arrière.

Midi. La tête est dans la même situation, les bruits du cœur sont bons.

1 heure. La dilatation est de 4 centimètres ; la tète est profondément engagée dans l'excavation.

2 heures. La dilatation est de 5 centimètres; on sent la poche des eaux qui bombe à chaque contraction.

2 h. 30. La dilatation est de 7 centimètres; la suture saggitale est toujours dans le diamètre oblique gauche.

3 heures. La dilatation est complète, la rotation s'est effectuée, la fontanelle postérieure est derrière la symphyse, la suture sagittale est dans le diamètre antéro-postérieur : on rompt la poche des eaux.

3 h. 10. La tête se présente à la vulve ; elle fait bomber le périnée ; sous l'influence d'une contraction énergique, elle se dégage rapidement avant même qu'on ait pu la retenir L'occiput tourne à gauche, on aide à la sortie des épaules et le reste du tronc se dégage.

On fait la ligature et la section du cordon après cessation des battements vasculaires. L'enfant crie, il est du sexe masculin, gros et bien constitué ; il pèse 3.320 grammes.

A 3 h. 30, la femme perd du sang, on fait une injection vaginale chaude : arrêt de l'hémorrhagie.

A 4 h. 30, délivrance naturelle; le placenta et les membranes sont complets.

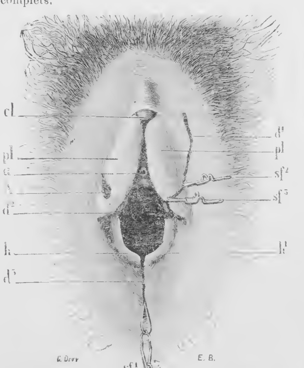


Fig. 17. — *cl*, Clitoris. — *pl*, *pl*, Petites lèvres. — *u*, Urèthre. — *h*, *h*¹, Restes de l'[illegible] vaginal. — *d*¹, Déchirure de la petite lèvre gauche. — *d*², Déchirure de l'orifice vaginal du côté droit. — *d*³, Déchirure de l'orifice vaginal, de la fosse naviculaire, de la fourchette et du périnée. — A, Perforation de la petite lèvre droite. — *sf*¹, *sf*², *sf*³, Serre-fines.

— En examinant le lendemain les organes génitaux, voici ce que nous constatons : les grandes lèvres ayant été écartées, on voit que la petite lèvre gauche a été divisée sur toute sa hauteur (*Fig.* 17, *d*¹ ; des serre-fines *sf*² et *sf*³ maintiennent rapprochés les bords de la plaie). Au niveau de la petite lèvre droite, il existe une perforation (*Fig.* 17, A) qui se trouve à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la nymphe.

Si on renverse les petites lèvres en dehors (*Fig.* 18), on voit qu'il existe au niveau de l'orifice vaginal trois déchirures. Une siège en arrière, sur la ligne médiane, elle se prolonge sur la fosse naviculaire et le périnée (*Fig.* 17 et 18, *d*³) ; une serre-fine (*sf*¹) a été appliquée à ce niveau.

Une autre déchirure existe sur la partie latérale gauche de l'orifice vaginal (*Fig.* 18, *d*¹, *d*¹). de là, elle s'étend obliquement de dedans en dehors et de bas en haut ; elle arrive jusqu'à la hauteur du clitoris, en dehors de cet organe. On a tenté d'obtenir la réunion à l'aide de deux serre-fines (*Fig.* 17 et 18, *sf*², *sf*³).

La troisième se trouve sur la partie latérale droite de l'orifice vaginal (*Fig.* 17 et 18, *d*²), elle gagne aussi la face interne de la petite lèvre du même côté ; mais si cette petite lèvre est, au niveau de sa base, déchirée dans toute son épaisseur, son bord libre est demeuré intact. Il en résulte, par suite de la rétraction des fibres élastiques, la formation d'une ouverture béante, d'une perforation (*Fig.* 17 et 18, A) qui permet le passage d'une sonde de gros calibre.

Le mode de production de la perforation des petites lèvres était ainsi rendu évident ; nous avons prévenu M. Secheyron qui a bien voulu venir examiner cette femme.

Les suites de couches ont été simples. Il y a eu réunion de la déchirure au niveau de la fourchette et du périnée. Les deux serre-fines appliquées sur la petite lèvre gauche ont aussi déterminé primitivement la réunion des deux lambeaux supérieur et inférieur, mais au bout de quelques jours, cette réunion a cédé partiellement au niveau du bord libre ; il en est résulté la formation d'une petite échancrure.

En résumé, bien que la perforation des petites lèvres puisse probablement se produire par d'autres mécanismes, nous croyons que, dans la majorité des cas, elle est la conséquence d'une extension de la rupture

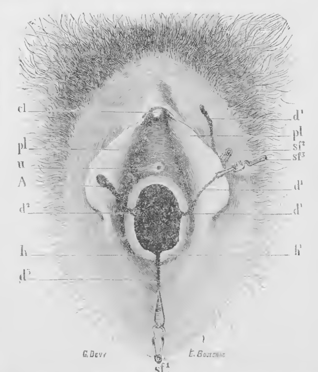


Fig. 18. — Les petites lèvres sont renversées pour permettre de mieux voir les lésions de l'orifice vaginal et leur extension aux petites lèvres. — Les lettres ont la même signification que dans la figure 17.

de l'orifice vaginal survenue au moment du premier accouchement.

Le bord libre de la petite lèvre étant demeuré intact, les tissus de la nymphe se rétractent, grâce à la présence de fibres élastiques dans leur épaisseur. Il n'y a pas, dès lors, réunion des surfaces séparées et la perforation persiste.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Note sur l'étiologie de l'épilepsie ;

Par **Pierre MARIE.**

La plupart des auteurs (1) qui se sont occupés de la question de l'étiologie de l'épilepsie accordent à l'*hérédité neuropathique* un rôle de premier ordre ; c'est là une opinion qu'il me semble difficile de partager.

Certes, les faits abondent pour témoigner de la fréquence de l'épilepsie chez plusieurs personnes dans une même famille, ou encore de la coïncidence du mal comitial avec les maladies du système nerveux les plus variées.— Il y a, je ne l'ignore pas, des centaines d'observations ayant trait à des familles dans lesquelles s'enchevêtrent l'épilepsie, les troubles psychiques divers, l'ataxie, l'hémiplégie, l'alcoolisme, etc., etc... Je n'ai garde d'oublier non plus les expériences bien connues de M. Brown-Séquard sur l'épilepsie des cochons d'Inde. Et cependant plus j'ai vu d'épileptiques, et ils sont loin d'être rares, à la consultation de mon maître, M. le professeur Charcot, moins je me suis trouvé satisfait par cette notion de l'hérédité.

Je ne saurais entrer ici, et pour cause, dans la question de la nature de l'épilepsie, non plus que dans l'étude de ses formes diverses, qu'il me suffise de dire que, dans cette note, j'ai surtout en vue l'*épilepsie vraie, idiopathique* des auteurs.

On la considère ordinairement comme une maladie, je crois que ce n'est qu'un symptome, un simple symptome sans existence autonome, tout comme l'épilepsie partielle, tout comme les épilepsies dites symptomatiques.

Quant à la cause première ayant déterminé le processus dont l'épilepsie ne constituerait qu'une manifestation, elle serait, suivant moi, toujours *extérieure* au malade et *postérieure à sa conception* ; j'admets que l'enfant puisse *naître épileptique* si la cause morbide l'a frappé pendant la vie intra-utérine, mais ce que je ne saurais admettre, c'est que l'enfant puisse *être conçu épileptique*.

Je ne me dissimule pas, d'ailleurs, que les arguments que je suis à même de donner à l'appui de ma manière de voir ne sont ni bien nombreux, ni, dès l'abord, bien convaincants ; en réalité, je n'en ai qu'un seul : *Chez presque tous les malades atteints d'épilepsie idiopathique, soit pendant la seconde enfance, soit pendant l'adolescence, j'ai pu retrouver l'existence d'une attaque de convulsions ayant précédé d'un temps plus ou moins long les attaques d'épilepsie et sans que dans cet intervalle aucune autre manifestation convulsive ait pu faire présager l'apparition de ces dernières.*

C'est-à-dire que, pour l'épilepsie idiopathique, nous nous trouverions à cet égard exactement dans les mêmes conditions que pour l'épilepsie dite symptomatique (comme par exemple celle qui accompagne l'hémiplégie infantile). On sait, en effet, grâce aux remarquables travaux de M. Bourneville et de ses élèves sur ce sujet que, dans l'hémiplégie infantile, les faits se passent assez ordinairement de la façon suivante : Quelques mois après sa naissance, un enfant, jusqu'alors bien portant, est pris de convulsions avec fièvre plus ou moins vive, ces convulsions durent de 12 à 24 heures en moyenne, quand elles ont disparu, la mère ou la nourrice ne tarde pas à s'apercevoir, en levant l'enfant, que les membres d'une des moitiés du corps sont paralysés. Puis les choses restent ainsi pendant 1, 2, 3 ans et plus, l'hémiplégie s'est plus ou moins réparée, l'intelligence est plus ou moins développée, souvent même les parents ont pour ainsi dire complètement perdu jusqu'au souvenir de ces convulsions, lorsque, tout d'un coup, survient une attaque d'épilepsie suivie, à bref délai, d'un grand nombre d'autres du même genre.

Ces faits sont bien connus, et il n'est actuellement personne qui hésite un instant à faire remonter la responsabilité de l'attaque d'épilepsie aux convulsions survenues dans le bas âge. Mais on s'en tient là, on ne cherche pas à généraliser, et c'est cependant, je crois, ce qu'il faut faire ici.

A mon avis, l'épilepsie dite idiopathique, ne se comporte pas autrement, au point de vue étiologique tout au moins, que l'épilepsie dite symptomatique dont il vient d'être question plus haut ; l'une et l'autre se produisent dans des conditions analogues, elles reconnaissent à leur origine et les mêmes causes et le même processus.

Dans l'épilepsie dite idiopathique, de meme que dans l'épilepsie symptomatique, c'est donc aux convulsions initiales survenues pendant la première enfance, qu'il faut faire remonter la filiation des attaques d'épilepsie qui se produisent dans la deuxième enfance ou dans l'adolescence.

Mais la théorie que je propose ici est, je ne l'ignore pas, passible d'une objection grave : à savoir que, dans l'épilepsie survenue à la suite de l'hémiplégie infantile, on constate des lésions cérébrales plus ou moins marquées, mais toujours évidentes, tandis que dans l'épilepsie idiopathique on ne trouve pas de lésions (1). C'est là, j'en conviens, un fait indiscutable, mais ce fait a-t-il toute l'importance qu'on serait tenté de lui prêter tout d'abord ? En un mot, les lésions que l'on observe dans l'hémiplégie infantile ou les états analogues sont-elles bien directement et immédiatement responsables de l'épilepsie consécutive ? Je répondrai par la négative et cela pour deux raisons : la première, c'est que souvent l'épilepsie ne se montre que plusieurs années après la production de ces lésions cérébrales ; la deuxième, c'est qu'on peut retrouver ces mêmes lésions chez des sujets atteints d'hémiplégie infantile bien caractérisée, sans que ceux-ci aient jamais présenté d'attaques d'épilepsie. Il me semble donc vraisemblable que l'intervention de quelque autre facteur est ici nécesssaire. Peut-être en trouverait-on la trace dans la production des nombreux corps granuleux que E. Jendrassik et moi-même (2) avons signalés dans le cerveau d'individus chez lesquels les lésions initiales remontaient à cinq ou six ans. Quoi

(1) Un petit nombre d'auteurs, cependant, tels que Tissot, Leuret, Delasiauve, Morel, etc., ne considèrent pas l'influence héréditaire dans l'épilepsie comme démontrée ou lui attachent une importance assez médiocre. Dans sa récente thèse d'agrégation, M. D[illegible], [illegible] en faveur de l'hérédité [illegible]

(1) Ou tout au moins ces lésions ne sont pas aussi évidentes.

(2) E. Jendrassik et P. Marie. Contribution à l'étude de l'atrophie cérébrale, etc. Archives de Physiologie, 1885, et article Hémiplégie spasmodique infantile du Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales.

qu'il en soit, l'absence de lésions grossières, macroscopiquement bien caractérisées, dans l'épilepsie dite idiopathique, ne me semble pas devoir faire repousser d'emblée l'analogie avec l'épilepsie symptomatique dont il vient d'être question.

J'ai dit plus haut que la cause première ayant déterminé le processus dont l'épilepsie ne serait qu'une manifestation est toujours *extérieure au malade et postérieure à sa conception* (sauf cependant s'il s'agit d'hérédo-syphilis). Cette cause dans la grande majorité des cas n'est autre pour l'épilepsie dite idiopathique comme pour l'épilepsie symptomatique, qu'une maladie générale (surtout fièvres éruptives, infections innommées), ainsi que j'ai eu l'occasion de le dire à plusieurs reprises déjà à propos de l'hémiplégie infantile.

Jusqu'à présent, il n'a été question que de l'*épilepsie juvénile*, de cette *épilepsie vraie* de certains auteurs, débutant soit dans l'enfance, soit dans l'adolescence. En est-il de même pour l'*épilepsie tardive* ?

Je répondrai « oui » sans hésiter; ici, l'influence des causes extérieures est encore bien plus manifeste, celle de l'hérédité de moins en moins notable. Quand on se trouve en présence d'un cas d'*épilepsie tardive*, il y a deux causes auxquelles on doit toujours penser : la *syphilis* et la *puerpéralité*. Inutile d'insister sur la syphilis, cela est maintenant du domaine vulgaire. Il n'en est peut-être pas de même pour la *puerpéralité*.

Ce n'est pas une rareté en effet que des femmes enceintes ou en couches soient prises (et pour la première fois) d'une attaque épileptiforme. Plusieurs cas peuvent alors se présenter :

A. Cette attaque épileptiforme n'est qu'une attaque d'*hystérie*, la malade a profité de sa grossesse pour entrer dans l'hystérie convulsive, les attaques ultérieures seront purement et simplement hystériques comme la première. De cette forme, nous n'avons à nous occuper que pour prévenir le médecin contre une erreur fort possible.

B. La malade a eu avant ou pendant l'accouchement une attaque convulsive épileptiforme présentant plus ou moins complètement les caractères de l'*éclampsie puerpérale*. Puis, au bout d'un temps variable, quelquefois plusieurs mois, une nouvelle attaque épileptiforme survient suivie bientôt de plusieurs autres, l'épilepsie est constituée (1). M. Ch. Féré a publié (*Archives de Neurologie*, 1884, t. VIII, p. 37 et suiv.), des cas de ce genre, mais il assigne un rôle tout à fait prédominant dans leur genèse, à l'influence héréditaire.

C. La malade n'a pas présenté, pendant la grossesse ou l'accouchement, de phénomènes nerveux aussi bien caractérisés, ce n'est qu'un peu plus tard que surviennent les attaques d'épilepsie. Il n'y a là, en somme, qu'une variante du cas précédent, c'est toujours au cours de la puerpéralité qu'a eu lieu le début du processus pathologique qui a déterminé les attaques d'épilepsie.

Ce processus, quel est-il au juste ? Il serait difficile actuellement, je crois, de le décrire d'une façon précise, mais ce qui me semble certain, c'est qu'il est intimement lié à un de ces *états infectieux* encore mal connus quoique si fréquents au cours de la période puerpérale.

On voit donc, en somme, que, aussi bien dans l'enfance qu'à l'âge adulte, c'est à l'influence d'une cause extérieure au malade (maladie générale, infection) que l'on doit, dans la grande majorité des cas, la production de l'épilepsie. Est-ce à dire qu'il en soit de même dans la totalité des cas ? Il y aurait actuellement quelque témérité à l'affirmer, peut-être convient-il notamment, à côté des causes locales (traumatisme, tumeurs, etc...), de faire quelques réserves au sujet des intoxications (1).

Mais dans tout cela que devient la notion d'hérédité ? Faut-il la considérer comme tout à fait nulle et non avenue ? Ce serait évidemment excessif. Il est vraisemblable que l'influence hérédo-neuropathique joue un certain rôle comme cause prédisposante, et c'est ainsi qu'on peut assez aisément expliquer que, dans telle ou telle famille, à une résistance moindre des centres nerveux aux agents pathogènes extérieurs, corresponde un nombre plus ou moins grand d'épileptiques. Mais encore une fois, ce n'est là qu'une cause prédisposante. Si l'hérédité à elle seule suffit à faire un hystérique, à faire un de ces dégénérés si bien étudiés par Magnan et ses élèves, jamais sans l'aide d'une cause extérieure elle ne fera un épileptique, c'est tout au plus si elle le *désignera*.

En résumé, et pour éviter tout malentendu, j'admets de la façon la plus convaincue, la plus large, l'existence de ce groupe si nombreux et si intéressant des héréditaires et des dégénérés. Mais ce que je soutiens ici, c'est que, si quelque maladie générale n'est pas venue porter ses coups soit primitivement, soit secondairement sur les centres nerveux ou leurs annexes, ces héréditaires, ces dégénérés, ces cérébraux ne deviendront pas plus épileptiques qu'ils ne seront atteints de paralysie générale s'ils n'ont pas eu la syphilis.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De quelques altérations de l'oreille interne dans la syphilis héréditaire.

Dans ces dernières années on s'est beaucoup occupé des altérations de l'oreille interne dans la syphilis.

On a ainsi reconnu que les parois du vestibule et les canaux demi-circulaires, ainsi que la lame spirale du limaçon pouvaient être atteints de périostite, que les parties molles du labyrinthe s'épaississaient en s'infiltrant de cellules rondes, que le nerf auditif était profondément modifié dans sa structure, enfin que les membranes de l'oreille interne étaient injectées et recouvertes d'un liquide séro-sanguinolent qui avait pris la place de la lymphe. Nous-mêmes nous avons déjà signalé (2) l'inflammation des anses vasculaires de la paroi extérieure du canal de Corti au niveau de l'angle spiral, et sur celle du niveau qui longe la membrane basilaire. Nous avons aussi constaté sur plusieurs préparations microscopiques une dilatation vasculaire et même une rupture des parois de ces vaisseaux.

Mais chez le nouveau-né, chez le syphilitique héréditaire, les altérations de l'oreille interne ont été peu étudiées. En effet, Hutchinson croit que la surdité est produite alors par une altération de l'appareil nerveux. Lancereaux suppose aussi qu'elle est due à une lésion du nerf acoustique; il en est de même de Saint-John

(1) L'épilepsie puerpérale prend et conserve dans un certain nombre de cas, l'aspect d'une épilepsie partielle; c'est là un fait que m'a enseigné M. le Pr Charcot et que j'ai pu constater plusieurs fois depuis.

(1) On peut très bien admettre que l'alcoolisme, l'urémie, donnent naissance à des convulsions épileptiques, mais quant à produire, de toutes pièces, l'aspect clinique de l'épilepsie vraie des auteurs, cela semble beaucoup moins vraisemblable.

(2) *Syphilis de l'oreille*. Delahaye et Lecrosnier, 1886.

Roosa. Wreden l'attribue à une dégénérescence gommeuse du tronc de l'auditif comme on l'a constaté pour les nerfs optique, facial, moteur oculaire commun et moteur oculaire externe. Hinton a cependant signalé la congestion du vestibule dans un cas de syphilis héréditaire.

Dans une série d'autopsies que nous avons pratiquées soit à l'hospice des Enfants-Assistés, soit dans les maternités de l'hôpital Cochin et de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, nous avons pu constater à différentes reprises que l'oreille interne était le siège de lésions profondes, survenant primitivement, consécutivement à une altération de l'oreille moyenne.

Parmi les nombreuses autopsies que nous avons pratiquées, nous ne donnerons que le résultat de 43 d'entre-elles provenant d'enfants reconnus syphilitiques héréditairement, soit par les lésions observées sur les diverses parties de leur corps, soit par les antécédents de leurs parents qui avaient présenté dans le courant de l'année des accidents vénériens. Sur ces 43 sujets, 19 étaient mort-nés, et 24 avaient vécu de quelques heures à quatre ans. Des 19 premiers dont 17 provenaient de la maternité de Saint-Louis, et 2 de celle de Cochin, 8 présentaient des lésions de l'oreille moyenne, 3 du labyrinthe, 8 de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. Sur les 24 autopsies d'enfants ayant vécu, 13 avaient été recueillies à la maternité de Saint-Louis, 3 à celle de Cochin, 7 dans le service du professeur Parrot et 1 dans celui de M. le professeur Fournier. Dans 19 cas il y avait des lésions de la caisse, dans une des lésions de l'oreille interne et dans 4 des altérations des oreilles moyenne et interne. Ainsi donc nous avons noté 27 fois des lésions de la caisse, 4 fois des lésions du labyrinthe et 12 fois des lésions de ces deux parties.

Nous ne nous occuperons ici que des lésions de l'oreille interne.

Un certain nombre des altérations de cette partie de l'oreille provient des lésions de la caisse du tympan, par propagation au labyrinthe. C'est ainsi que l'otite moyenne purulente gagne l'oreille interne en détruisant les fenêtres ou même au travers de la paroi osseuse. Dans les cas ou le pus n'existait pas dans le labyrinthe, cas que nous laissons de côté, nous avons constaté constamment une injection vasculaire des parties molles du labyrinthe avec épaississement des membranes infiltrées de cellules rondes, principalement au niveau du limaçon et des ampoules des canaux demi-circulaires. Les parois des ampoules et du limaçon ont un aspect rougeâtre ; l'axe du limaçon est également injecté et infiltré de cellules arrondies. Ces parties sont baignées par un liquide séro-sanguinolent qui a remplacé le liquide normal des canaux de l'oreille interne. Telles sont les lésions que nous avons observées dans les cas où l'oreille interne était prise concurremment avec l'oreille moyenne, cas où il y avait absence du pus.

Mais quand l'oreille interne est seule affectée, nous avons trouvé des altérations plus importantes. C'est ainsi que les vaisseaux si développés de l'angle spiral et même le vaisseau qui suit la lame spirale membraneuse, nous ont présenté à diverses reprises une prolifération cellulaire de leurs tuniques amenant un rétrécissement du canal et par suite une oblitération par caillot fibrineux produisant, comme nous l'avons également constaté chez l'adulte, une dilatation anévrysmale et même plus généralement une rupture vasculaire déterminant ainsi une hémorrhagie. Tel est le cas d'un fœtus de sept mois, dont nous avons montré les pièces au Dr Balzer. Le labyrinthe droit offrait une congestion marquée avec points hémorrhagiques sur la lame membraneuse des contours. Tel est encore le cas d'un deuxième fœtus du même âge, sur lequel nous avons pu faire constater au Dr Merklen un caillot sanguin remplissant la rampe tympanique et le canal de Corti dans toute l'étendue du premier tour du limaçon gauche. Sur un troisième rocher provenant d'un enfant à terme, l'oreille droite offrait une hémorrhagie du dernier tour du canal de Corti, où il était facile de constater la rupture du vaisseau spiral. Par suite de cet épanchement sanguin dans le canal de Corti, celui-ci était rendu très visible. Sur une coupe transversale, on le voyait affecter une forme arrondie, avec saillie dans la rampe vestibulaire et on pouvait y constater l'altération ordinaire due à l'inflammation de ce vaisseau. Enfin, dans une dernière autopsie, d'un enfant ayant vécu quelques heures, le labyrinthe présentait au niveau du vestibule plusieurs points hémorrhagiques avec rupture du vaisseau spiral au niveau du premier tour du limaçon et d'une ance vasculaire de l'angle spiral externe, près de l'insertion de la membrane de Reissner. Le poumon, seul organe que nous ayons examiné avec l'oreille, était également le siège d'un foyer hémorrhagique. L'oreille interne peut donc être le siège d'hémorrhagies dans la syphilis héréditaire. Au reste, on sait aujourd'hui par suite des travaux de Epotein, de Behrend de Petersen, de Tischl, d'Uracck, de Leudet, etc..., que la syphilis amène dans l'organisme de l'enfant une lésion des vaisseaux, principalement des capillaires et des petites et moyennes veines. Leurs parois sont épaissies et la lumière du canal est rétrécie par l'infiltration cellulaire des tuniques amenant consécutivement un arrêt local de circulation provoquant l'issue du sang dans les organes voisins.

Nos observations viennent donc compléter celles des auteurs qui ont constaté des hémorrhagies dans le tissu cellulaire, dans les poumons et la cavité pleurale, dans le cœur et le péricarde, dans le cerveau et ses membranes, dans la tunique des gros vaisseaux, dans le foie et l'estomac, dans le thymus, dans les testicules et le cordon, dans la cavité rétro-péritonéale, dans la moelle, dans les os et le périoste, dans le pancréas et aussi dans la muqueuse buccale, faits qui prouvent que toutes ces lésions sont dues à une même cause.

J. Baratoux.

Le scrofule et les hôpitaux maritimes pour les enfants scrofuleux. — M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France, s'est rendu dimanche, dernier avec M. Pallu, inspecteur des enfants assistés de la Loire-Inférieure, à Berck-sur-Mer, où il a visité le grand hôpital d'enfants de l'Assistance et l'hôpital de Rothschild. Ce voyage se rattache à la création en projet de plusieurs hôpitaux sur les côtes de France, notamment sur les côtes de l'Océan (1), pour le traitement des enfants scrofuleux et anémiques.

(1) Voir *Progrès médical*, p. 652, 1887.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 octobre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. BROWN-SÉQUARD étudie la *dualité du cerveau et de la moelle épinière d'après les faits montrant que l'anesthésie, l'hypéresthésie, la paralysie et des états variés d'hypothermie et d'hyperthermie, dus à des lésions organiques du centre cérébro-spinal, peuvent être transférés d'un côté à l'autre du corps.* Contrairement aux idées reçues, il veut établir que chacune des moitiés de l'encéphale et de la moelle épinière peut servir à toutes les fonctions des deux moitiés de ces centres nerveux : la moitié gauche de l'encéphale et la moitié droite de la moelle, par exemple, servent non pas seulement à la moitié droite du corps, mais aux deux moitiés de ce corps.

1° *Transfert de l'anesthésie et de l'hypéresthésie.* La section d'une moitié latérale de la base de l'encéphale (protubérance, bulbe ou pédoncule) produit une anesthésie du membre pelvien du côté opposé et de l'hypéresthésie du côté correspondant. Or, après une seconde lésion consistant en une section transversale de la moitié latérale de la moelle épinière dorsale, du côté opposé à celui de la première lésion, non seulement l'anesthésie disparait au membre pelvien qui en était atteint, mais elle est remplacée par de l'hypéresthésie : en outre, le membre pelvien qui était hypéresthésié, perd sa sensibilité plus ou moins complètement. Il y a donc, sous l'influence de la seconde lésion, transfert des effets produits par la première. Des phénomènes analogues se sont montrés lorsque la première section a porté sur la partie postérieure de la capsule interne : le transfert s'est produit après une seconde lésion pratiquée soit à la base de l'encéphale, soit à la moelle cervicale. Il est évident que si la section de la capsule interne avait produit la perte complète de la sensibilité dans le membre pelvien du côté opposé, comme on le croit, par la section des conducteurs des impressions sensitives venant de ce membre, il serait absolument impossible de faire revenir la sensibilité par la dernière lésion. Ce fait est donc décisif contre les idées reçues à l'égard de la transmission des impressions sensitives.

2° *Transfert de la paralysie.*. On coupe, chez un jeune chat, le pédoncule cérébral *droit* à sa partie supérieure : on constate la paralysie des membres du côté *gauche*. On sectionne ensuite la moitié latérale *droite* du bulbe au-dessus de l'entrecroisement des pyramides antérieures, la paralysie des membres *gauches* disparait et elle apparait au contraire à *droite*, c'est-à-dire du côté des deux lésions. Si la première lésion avait produit une paralysie par suite d'une section, comme on le croit, de tous les conducteurs servant aux mouvements volontaires des membres *gauches*, la paralysie ne pourrait évidemment disparaître à aucun degré dans ces membres et encore moins sous l'influence de la seconde lésion qui devrait, au contraire, d'après les cliniciens, augmenter la diminution des mouvements volontaires à gauche.

On sait que, chez les grenouilles, l'ablation des lobes cérébraux n'est pas suivie de la perte des mouvements volontaires. Cependant, si l'on sectionne un seul lobe cérébral, on produit la paralysie des membres du côté opposé, en même temps qu'on augmente la puissance motrice du même côté : si l'on coupe le second lobe cérébral, la paralysie disparaît et l'équilibre se rétablit.

3° *Transfert d'états hypothermiques et hyperthermiques d'un côté à l'autre.* On coupe la moitié *droite* de la moelle cervicale : on constate une hyperthermie dans le membre pelvien *droit* et une hyperthermie dans le *gauche*. Ensuite, on sectionne la moitié latérale *gauche* de la moelle dorsale et on observe le transfert des états thermiques ; le membre *droit* qui était le plus chaud devient le plus froid pendant que le *gauche* s'échauffe. Ce n'est donc pas la section de conducteurs nerveux venant de l'encéphale qui avait agi pour déterminer de l'hyperthermie.

Conclusions. — L'anesthésie, la paralysie et l'hyperthermie, causées par une lésion organique des centres nerveux, peuvent être transférées d'un côté à l'autre du corps sous l'influence d'une seconde lésion de ces centres : d'où il suit que ces manifestions ne sont pas nécessairement des effets de la destruction de certains éléments nerveux possédant certaines fonctions et peuvent être le résultat de pures actions dynamiques exercées à distance par l'irritation que cause la lésion. Une moitié de l'encéphale peut servir à la sensibilité, aux mouvements volontaires et aux actions vaso-motrices pour les deux côtés du corps. Il en est de même pour la moelle épinière, au moins en ce qui concerne la sensibilité et les actions vaso-motrices.

M. PASTEUR signale une brochure de M. MESNET sur les *fausses rages*. Il s'agit d'un alcoolique qui a présenté tous les caractères de l'hydrophobie furieuse et qui, cependant, n'est pas mort de la rage ; il n'avait jamais été mordu. Il importe donc d'inoculer le bulbe rachidien toutes les fois qu'il y a des doutes pour fixer, après la mort, le diagnostic de la rage.

M. RAPHAEL DUBOIS continue ses belles *recherches sur la production de la lumière par les êtres vivants*. Les études qu'il vient de faire sur des mollusques, les Pholades, l'ont confirmé dans l'idée que le phénomène lumineux est le résultat d'une réaction d'ordre chimique. Il a trouvé dans les Pholades deux substances dont le contact, en présence de l'eau, détermine l'apparition de la lumière : il désigne l'une de ces substances, qui est cristallisée, sous le nom de *luciférine* et l'autre, qui est une albuminoïde actif du genre des Zymases, sous le nom de *luciférase*. Ces deux substances sont nécessaires et suffisantes pour produire in vitro le phénomène de la luminosité animale improprement appelé phosphorescence.

MM. JOLYET, BERGONIÉ et SIGALAS ont déterminé les *variations de l'azote dans les échanges gazeux pulmonaires* de la respiration humaine. D'après les auteurs, l'absorption de l'azote a été un phénomène constant dans leurs expériences. Pour l'un d'entre eux, cette absorption n'a jamais été inférieure aux 8/1.000 et s'est élevée le plus souvent jusqu'aux 2/100 de l'oxygène consommé. Cette même absorption semble également devoir être admise pour les animaux. On peut, d'un autre côté, en trouver la confirmation dans l'analyse comparative du sang pris au même moment à son entrée et à sa sortie du poumon : le sang du cœur gauche contient toujours un peu plus d'azote.

M. PICHENET apporte une observation tendant à confirmer l'opinion des médecins anglais sur l'*origine bovine de la scarlatine*. Il s'agit d'enfants qui ont été atteints de cette fièvre éruptive après avoir bu du lait provenant de vaches malades : le pis de l'animal est ulcéré et le liquide s'infecte au moment de la traite.

M. DEMENY décrit les *déplacements du centre de gravité dans le corps de l'homme pendant les actes de la locomotion*. Les changements d'attitude ont pour résultat de donner à la trajectoire du centre de gravité du corps une forme se rapprochant de la rectitude ou bien d'augmenter l'effet utile des muscles considérés comme propulseurs ou comme amortisseurs, en augmentant leur tension.

M. DURAND DE GROS examine la *morphologie des membres locomoteurs chez les Vertébrés.*

M. DAREMBERG montre que la *durée de l'évolution de la tuberculose* dépend de l'espèce et de l'âge de l'animal, et aussi du degré de vitalité et de la quantité de virus tuberculeux.

M. LECHARTIER affirme qu'il est possible, en appliquant *le chauffage au cidre*, après le premier soutirage, de détruire toute fermentation dans sa masse et de le conserver pendant un certain temps avec les qualités de douceur qu'il possède en ce moment et que si, dans cette opération il prend une saveur de cuit, on la fait entièrement disparaître en rétablissant la fermentation avant de le livrer à la consommation.

PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 octobre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. LEVEN poursuit depuis plusieurs années une série d'études sur les rapports qui existent entre le système nerveux à la nutrition générale. Il est arrivé de ce fait aux conclusions suivantes: Etant donné que la nutrition ne peut se juger que par les produits excrémentitiels de l'urine et du poumon, par les globules du sang et l'engraissement ou l'amaigrissement de l'individu. M. Leven dit que le chiffre de l'urée qui est de 28 gr. pour 1.250 gr. d'urine dans les 24 heures, tombe à 5, 6, 8 grammes chez les individus à système nerveux malade; que le nombre des globules baisse de 2 à 3 millions; quant au tissu adipeux, souvent il augmente, quelquefois il diminue sans qu'il soit possible de poser de règles fixes à ce sujet, l'augmentation de la graisse serait toutefois plus fréquente.

M. D'ARSONVAL décrit plusieurs appareils permettant de faire respirer les tuberculeux dans des atmosphères saturés de divers gaz, sans que les malades soient obligés de respirer à nouveau les gaz éliminés par la respiration.

M. PONCET montre des dessins et des photographies du *clou de Gafsa* et une planche représentant les deux microbes de cette affection. Il lui semble d'abord nécessaire de limiter l'analogie aux clous de Gafsa et de Biskra, car les résultats publiés récemment sur le clou d'Alep s'éloignent beaucoup de ce qui est admis pour le clou de Gafsa. Dans cette affection l'examen des humeurs et les cultures ont fait reconnaître un microcoque petit, qui reproduit en inoculations, outre une éruption plus ou moins analogue au clou, des symptômes d'infection putride, de gangrène qui n'appartiennent pas à la pathologie ordinaire du clou. M. Poncet, sur des coupes, a d'abord constaté l'état des tissus qui peut se résumer en ces mots: Hypertrophie de la partie épithéliale; destruction du derme par sa transformation embryonnaire. En colorant par la méthode de Gramm ou de Malassez, il a retrouvé in situ: le microcoque connu soit en énormes colonies, soit en petits ilots de 50 éléments à peu près, soit deux microcoques accomplis. Ces microcoques existent dans les couches épithéliales entre les éléments. Il a constaté, en outre, l'existence d'un bacille variant de $\frac{1}{5}$ μ à 6 μ; il existe dans les couches de l'épithélium: mais, pas plus que le microcoque le bacille n'a été retrouvé dans le tissu embryonnaire, ni dans le protoplasma des cellules épithéliales. Il est moins abondant que le microcoque. Ces préparations, qui ont été examinées par M. Duclaux et par M. Gessard, démontrent donc qu'il existe deux microbes dans le clou de Gafsa: un microcoque et un bacille.

M. R. DUBOIS a remarqué que lorsqu'on faisait respirer à un chien, pendant 3/4 d'heures à une heure, un mélange titré d'air et de chlorure d'éthylène, on déterminait une distension intra-oculaire, bientôt suivie d'une opacité généralisée de la cornée. Il est difficile d'interpréter ces phénomènes avec les données que nous possédons sur l'action des anesthésiques.

M. RÉMY présente au nom de M. PILLIET, aide-préparateur aux Travaux pratiques d'histologie, une note sur les lésions histologiques dans l'intoxication morphinique subaigue. Par des injections sous-cutanées poussées jusqu'à des doses de 10 centig. de morphine par jour, on détermine des lésions assez marquées, et qui pourraient être plus considérables si l'on n'était forcé de sacrifier les animaux dès que les piqûres s'abcèdent, pour ne pas avoir de lésions complexes et dues à la suppuration.

Les lésions, dans deux cas, portaient sur le foie et le cerveau; dans le foie, il y avait stéatose des cellules du parenchyme, allant de l'infiltration des cellules par de fines gouttelettes à l'adipose complète. Les cellules mêmes de la vésicule biliaire étaient graisseuses. Avec cela, nulle trace de prolifération embryonnaire en aucun point dans le cerveau: sur des coupes des circonvolutions comparées avec celles de chiens sains, on observe: 1° la présence de corps granuleux abondants en traînées qui descendent dans la couronne rayonnante, 2° la diminution considérable du nombre des grandes cellules, qui disparaissent par atrophie simple, stéatose, sans traces d'un processus irritatif. Dans deux cas, l'un de tabes, l'autre de cancer utérin où les malades étaient morphinomanes, on a aussi trouvé de la stéatose hépatique, mais beaucoup moins accusée que chez les chiens. D'autres alcaloïdes et des poisons minéraux donnent de semblables stéatoses cérébrales et hépatiques; celle de la morphine n'est donc pas spécifique. C'est la récente communication du professeur Ball sur les lésions de la morphinomanie qui a décidé l'auteur à publier ces premières recherches sur l'histologie des intoxications.

MM. CHOUPPE et PINET, étudiant chez le chien la dose mortelle de l'injection intra-artérielle de strychnine, ont constaté qu'elle était inférieure à celle qu'il était nécessaire d'injecter dans les veines, et que, dans ces conditions, les accidents de strychnisme chronique étaient beaucoup plus tardifs.

M. CHOUPPE, qui a commencé une série de recherches sur l'action toxique de la cocaïne suivant les divers sujets, demande aux cliniciens de vouloir bien l'aider dans ses recherches en faisant connaître le résultat de leurs investigations personnelles.

M. BLECK, étudiant l'action des sels de Taurium, montre que ces sels n'influencent pas parallèlement la respiration, la circulation et la pression sanguine.

MM. le prince de MONACO et de GUERNE rendent compte des résultats de leur campagne à bord du brick l'*Hirondelle*. (*V. C. R. Acad. des sciences*, 24 octobre).

M. DUMONTPALLIER présente une note de MM. PITRES et VAILLARD sur un nouveau cas de *paralysie d'origine névritique chez un ataxique*.

Elections. — Sur la proposition de M. le PRÉSIDENT, don PEDRO D'ALCANTARA, empereur du Brésil, qui assiste à la séance, est nommé par acclamation membre associé libre de la Société. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 octobre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie tiendra sa prochaine séance le samedi 29 octobre.

M. BOURRU (de Rochefort) fait une communication sur *quelques maladies des centres nerveux de nature paludéenne*, qu'il résume dans les conclusions suivantes: 1° L'infection paludéenne peut déterminer dans les centres nerveux des lésions congestives ou inflammatoires; 2° Ces lésions, à leur début, sont justiciables du traitement spécifique de l'infection; 3° Dans d'autres cas, soit que le traitement ait été institué trop tard, soit que les accidents aient été de suite trop violents, ces lésions évoluent indépendamment de leur cause infectieuse.

M. FOURNIER lit un mémoire intitulé: *Documents statistiques sur les sources de la syphilis chez la femme.* Nombre de personnes, parmi les gens du monde à la vérité, se représentent la syphilis comme une maladie dérivant exclusivement de la débauche et exclusivement dangereuse pour ceux-là seuls qui s'y exposent, on sait comment. C'est un préjugé qu'on ne saurait trop combattre. Sur un nombre donné de syphilis féminines, observées dans un certain milieu, combien en est-il qui dérivent d'une contagion imméritée? Depuis vingt-sept ans, M. Fournier a reçu dans son cabinet 887 femmes affectées de syphilis; or, ces 887 cas peuvent être catégorisés en deux groupes: 1° 842 cas de syphilis d'origine sexuelle; 2° 45 cas de syphilis d'origine non vénérienne. Ces 45 cas appartiennent à la syphilis des innocents, à des syphilis imméritées. Sur quelles femmes les 842 cas ont-ils été observés? 366 fois les femmes appartenaient au monde galant, irrégulier; 220 fois les femmes étaient mariées; 256 fois les femmes étaient d'une condition sociale restée inconnue. Sur 100 femmes affectées de syphilis, on en trouve 81 appartenant à la catégorie des irrégulières de tout ordre et 19 appartenant à celle des femmes mariées. Cette proportion, si

extraordinaire et si lamentable qu'elle soit, force est de l'accepter. Si à ce chiffre de 19 0/0 on ajoute celui de 5 0/0, qui représente la moyenne des syphilis d'origine non vénériennes, on arrive à un total de 24 0/0 comme moyenne de syphilis imméritées. Ces chiffres contiennent un argument puissant contre les adversaires d'une prophylaxie publique de la syphilis. En attaquant, en diminuant la syphilis dans ses origines les plus communes, à savoir dans ses origines vénériennes, elle diminuerait du même coup le nombre des syphilis imméritées qui sont filles de ces dernières. Instituer une prophylaxie publique de la syphilis, c'est, en réalité, protéger tout le monde.

M. Hayem donne lecture, au nom de M. Lesage, d'un travail *sur la diarrhée verte des enfants du premier âge.* Chez ces enfants, il existe deux variétés de diarrhées vertes; l'une est d'origine biliaire, l'autre est d'origine microbienne. La contagion de cette dernière s'effectuerait par l'air. L'acide lactique paraît agir comme spécifique de la diarrhée verte. La technique bactériologique démontre que le bacille pathogène ne peut se développer dans des cultures acidifiées par l'acide lactique. Cet acide est prescrit en solution à 2 0/0; cette solution est administrée par cuillerées à café toutes les demi-heures.

M. Guéniot demande à M. Hayem dans quelles proportions on rencontre ces deux sortes de diarrhée et déclare qu'il a constaté la prédominance de la diarrhée bilieuse sur la diarrhée microbienne. Cette diarrhée bilieuse provient le plus souvent d'un écart dans le régime de l'enfant.

M. Hayem fait remarquer, avec M. Lesage, que la diarrhée verte ne signifie pas toujours diarrhée microbienne. La diarrhée verte chez les enfants du premier mois de la vie est le plus souvent bilieuse; mais, chez les enfants de 2 à 6 mois, c'est la diarrhée microbienne. Ici la coloration est due à un bacille isolé. Quant à la proportion qui existe entre ces deux sortes de diarrhée, elle est bien difficile à établir.

M. Périer présente un enfant âgé de 2 mois qu'il a opéré d'un *spina bifida lombaire* (excision d'un spina bifida lombaire et réduction dans le canal rachidien de la portion herniée de la moelle et de ses enveloppes). La cicatrisation fut complète deux jours après l'opération et la guérison se maintient 34 jours après l'opération. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Magitot cite un passage de l'article publié par M. Renaut dans le *Dictionnaire encyclopédique* et dans lequel cet auteur s'exprime ainsi : « Les formations épithéliales peuvent dériver des trois feuillets du blastoderme. »

M. Kirmisson prétend que dans ce passage l'auteur ne veut parler que de l'endothélium et non de l'épithélium des muqueuses.

M. Polaillon remet à M. le secrétaire général une lettre de M. Renaut (de Lyon). M. Renaut admet l'origine mésodermique de l'endothélium. Les épithéliums vrais nés du mésoderme sont encore très rares; il cite seulement les épithéliums du rein, des ovaires, des testicules, provenant, comme on le sait, de l'épithélium germinatif dépendant lui-même de celui du péritoine. En ce qui concerne la discussion pendante, il est partisan de la théorie de M. Malassez.

M. Magitot répond qu'on trouve dans les kystes dentaires presque toutes les variétés d'épithélium; d'ailleurs l'élément épithélial peut y être très réduit, si bien qu'un auteur anglais récemment en a nié l'existence.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation due à M. Prengrueber. Il s'agit d'un homme ayant présenté autrefois une *plaie pénétrante du crâne* à la suite de deux coups de revolver tirés dans la tête. Il fut considéré comme guéri et présenté comme tel à la Société de Chirurgie au bout d'un certain temps. Cet homme est *mort subitement* à la suite de la formation d'un abcès du cerveau. Ceci montre qu'il ne faut pas trop se presser pour affirmer la guérison absolue.

M. Berger cite un cas à peu près semblable dont l'observation lui a été adressée par M. le Dr Geschwind. Il s'agit d'une femme morte presque subitement. Le diagnostic posé avait été méningite. Cette femme, quatre ans auparavant, avait reçu un *coup de feu dans l'œil* et avait présenté des accidents hémiplégiques lors de l'accident.

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. Tachard intitulé : *Effets de la mélinite au point de vue chirurgical.* Le rapporteur insiste sur la gravité des lésions des parties molles, sur les effets localisés que produit cet engin sur les os. Les points du squelette atteints ne présentent pas de fêlures étendues, comme lorsqu'il s'agit de balles.

M. Chauvel fait un dernier rapport à propos d'un travail de M. le Dr Charvot sur l'*orchite palustre.* L'orchite qu'on observe parfois chez de vieux paludéens est susceptible d'être améliorée par le sulfate de quinine (1 gr. 50 par jour) et l'arséniate de soude, sans parler bien entendu du traitement local.

M. Terrier dépose sur le bureau trois observations d'*hystérectomies vaginales* envoyées par M. le Dr Chénieux (de Limoges).

M. Lucas-Championnière fait deux rapports : l'un sur un travail de M. le Dr Locquin (de Dijon) : *La suture primitive des deux bouts de l'urèthre lors de ruptures traumatiques;* l'autre sur une observation de M. Hamon du Fougeray (du Mans) intitulée : *Polype muqueux* (adénome) *du rectum.* Homme de 26 ans, dont le polype existe depuis l'âge de deux ans ; à 12 ans, hémorrhagie rectales sérieuses. La tumeur, lorsqu'elle fut opérée, avait le volume et l'aspect d'un placenta à terme. Le diagnostic fut fait pendant la vie. L'examen microscopique a montré que cette tumeur était l'analogue à celles que M. Pozzi a décrites. M. Hamon supposa qu'elle ne récidiverait pas, étant donné ce qu'avait dit M. Pozzi. Malheureusement, dix mois après l'opération, il y eut une récidive constituée par le développement de petits polypes, puis d'une tumeur, ce qui en six semaines entraîna la mort du malade.

M. Bousquet lit deux observations : 1° *Arthrite suppurée du genou droit à la suite d'une plaie pénétrante de l'articulation; arthrotomie; guérison après apparition d'un abcès péri-articulaire.* 2° *Epithéliome développé sur une ancienne cicatrice du dos de la main; amputation du bras, suppuration; guérison.*

M. Prengrueber lit une observation de *mort subite survenue à la suite de l'administration du chloroforme, mais qui n'est pas due à l'usage du chloroforme.*

M. Richelot présente deux instruments pour l'hystérectomie vaginale; 1° une *érigne* spéciale destinée à être introduite dans la cavité utérine ; 2° un *crochet*, de l'invention de M. Quénu, pour abaisser l'utérus.

M. Pozzi préfère, même quand le col est friable, se servir d'une pince de Museux, à condition qu'elle n'ait les pointes entrecroisées.

M. Kirmisson présente un malade porteur d'une nouvelle espèce de bandage qu'il a fait construire pour obvier aux inconvénients d'un anus contre nature.

Election. — Une place de membre titulaire de la Société est declarée vacante.—M. Cruveilhier, dans la dernière séance, a été nommé membre honoraire. Marcel Baudouin.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

55me *Congrès Annuel (Suite)* (1).

M. le Dr Saint-Clais Boyd (de Birmingham) fait une communication intitulée : *Affections inflammatoires des dépendances de l'utérus.* Ce travail est basé sur 63 cas d'inflammation chronique de ces organes, opérés en 1886 par M. Lawson-Tait. On dut chez tous les malades avoir recours à des moyens chirurgicaux, les autres ayant échoué; on n'eut à déplorer qu'un seul décès.

M. Saint-Blais donne la description anatomo-pathologique de toutes les pièces enlevées, mais il ne donne aucun détail clinique. Dans beaucoup de ces cas, on avait affaire à des occlusions du pavillon de la trompe, celle-ci avait acquis un énorme volume et s'était également fermé à son extrémité utérine. La série des pièces présentées par M. Saint-Clais, confirme entièrement les idées émises récemment par M. Lawson-Tait

(1) Voir *Progrès médical*, p. 235.

sur la formation des kystes tubo-ovariens. On sait que celui-ci prétend qu'une inflammation aiguë de la trompe peut amener l'adhérence des franges de son pavillon à l'ovaire, ainsi que l'inflammation de ce dernier. Si à ce moment l'ovaire renferme ce follicule très-développé, kystique au point où la trompe lui adhère, ce kyste peut finir par s'ouvrir dans la trompe, faisant ainsi communiquer ce canal avec l'ovaire. D'après M. Boyd, il y a trois sortes de kystes tubo-ovariens : La première variété est due à une adhérence du pavillon de la trompe à l'ovaire avec atrésie de son orifice utérin. La seconde est constituée par de petits kystes s'étendant dans la lumière d'une trompe dilatée. Quant à la troisième, elle est formée par la rupture d'un follicule kystique dans une trompe dilatée et dont le développement ultérieur a pour terme la formation d'un kyste dont les parois sont empruntées en partie au tissu de l'ovaire et en partie à la trompe.

M. Lublinski (de Berlin) fait une communication sur la *tuberculose amygdalienne*. Cette maladie est rare, Virchow ne l'a jamais rencontrée et croit l'amygdale à l'abri des manifestations tuberculeuses. On a pourtant vu des amygdalites tuberculeuses mais liées à des pharyngites de même nature. Quant à la tuberculose isolée de l'amygdale, elle est des plus rares. Zigler, Cornil et Ranvier pensent que la tuberculose miliaire des amygdales se rencontre dans la tuberculose généralisée à marche rapide. Strassmann cite une série de cas (Archives de Virchow; vol. 49) dans lesquels on trouva, à l'autopsie, des tubercules, dans la profondeur d'amygdales saines en apparence. M. Lublinski a observé et diagnostiqué sur le vivant deux cas de tuberculose isolée de l'amygdale. Les deux malades qu'il a examinés étaient des phtisiques.

Obs. I. — Homme de 33 ans, bien bâti, mais maigre et issu de parents tuberculeux. Ce malade présentait de la tuberculose pulmonaire; depuis quelque temps il avait de la dysphagie. L'amygdale droite, chez ce malade, était grosse, congestionnée et présentait cinq ulcères dont la grosseur variait d'une tête d'épingle à une lentille. Leurs bases étaient recouvertes de détritus blanchâtres, les bords légèrement relevés et plus rouges que les parties voisines. Les plus gros ulcères étaient ovulaires. Sur l'amygdale gauche, on ne remarquait que deux ulcérations. L'examen laryngoscopique montra du gonflement et de la rougeur des bords libres de l'épiglotte. Le reste du larynx était normal. Un morceau d'amygdale fut enlevé et on fit l'examen microscopique.

Le tissu amygdalien était infiltré de cellules rondes qui renfermaient de nombreuses et très-grandes cellules géantes à noyaux multiples. Çà et là, on remarquait de petits noyaux caséeux. On voyait partout de nombreux bacilles. Six semaines plus tard les ulcères avaient grandi et était devenus confluents. De nouvelles ulcérations étaient apparues sur la luette et sur le voile du palais. On voyait de petits noyaux de la grosseur d'une épingle sur la surface linguale de l'épiglotte qui était très gonflée. Le malade mourut peu après.

Obs. II. — Garçon de café, de 24 ans. Tuberculose pulmonaire avancée. Depuis six mois, le malade a de la difficulté à avaler et la déglutition s'accompagne de douleurs, se propageant à l'oreille droite.

On aperçoit quelques ulcérations sur la partie inférieure de l'amygdale droite qui est atrophié. Elles sont de la grosseur d'une lentille et semblables à celles de l'observation précédente. L'épiglote, le cartilage aryténoïde et le repli aryténo-épiglottique sont épaissis. L'espace inter-aryténoïde est ulcéré. Les cordes vocales sont rouges et infiltrées. Un ulcère de l'amygdale fut gratté avec une curette et on trouva beaucoup de bacilles dans les tissus ainsi enlevés. Les ulcérations furent cautérisés au galvano-cautère ; on obtint leur guérison, mais la tuberculose pulmonaire et laryngée continua sa marche. Aucun des deux malades n'était syphilitique. Il est curieux qu'on n'ait jusqu'ici publié aucun cas clinique de tuberculose de l'amygdale. Ceci tient peut-être à ce que cette affection a été souvent prise pour de la syphilis dont on ne peut guère la distinguer par la seule observation. Comme Strassmann l'a fait remarquer, pendant longtemps, on ne peut rien remarquer par l'examen de l'intérieur de l'amygdale, si ce n'est de l'hypertrophie ou de l'atrophie. Ce n'est que lors de la formation des ulcérations que le diagnostic clinique est possible. Le pronostic est grave. Comme traitement on devra toucher les ulcères au galvano-cautère.

M. Charles Warden fait une communication sur la *surdi-mutité et les mariages consanguins*. La surdité n'est pas une maladie héréditaire, mais pourtant, si les deux parents sont muets de naissance, il est probable que leurs enfants seront affligés de la même infirmité. Si ceux-ci à leur tour épousent d'autres sourds, leurs enfants auront des chances pour être sourds eux-mêmes. Mais s'il n'y a ni consanguinité ni strume, leurs enfants auront plus de chances d'échapper à l'infirmité. La consanguinité des parents est, en effet, une grande cause de surdité congénitale. Deux frères jumeaux épousèrent deux sœurs, leurs cousines-germaines. L'aînée eut plusieurs enfants, dont un sourd-muet. La cadette eut six enfants, dont trois sourds. Parmi les causes physiologiques qui influent le plus sur la surdité congénitale, il faut citer la peur et les fortes impressions morbides pendant la grossesse de la mère. Les défauts organiques constituent des causes pathologiques. La surdité congénitale est due à une lésion de l'appareil récepteur ou de l'appareil percepteur. Il peut y avoir : Atrésie du méat auditif, excroissances obstruant ce conduit. La trompe d'Eustache ou tout autre conduit de la caisse du tympan peut être bouchée. Il peut y avoir absence ou ankylose des osselets, petitesse ou grandeur extrême de la fenêtre ronde, des canaux cochléaires ou de l'aqueduc vestibulaire, oblitération des canaux semi-lunaires, atrophie du nerf auditif, etc. La surdité, après la naissance, peut provenir d'ulcérations, d'inflammations ou de paralysies consécutives à des maladies telles que la scarlatine, la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, les convulsions, la diphtérie. Elle est généralement, dans ces cas, due à une altération nerveuse ou cérébrale. On peut aussi établir des relations entre la surdi-mutité congénitale et la cécité. La rétinite pigmentaire est fréquente chez les sourds-muets, et c'est surtout chez les israélites qu'on observe la simultanéité de ces deux maladies. Presque tous les enfants atteints de ces deux infirmités sont nés de mariages consanguins. Enfin, la méningite cérébro-spinale est souvent la cause de la surdité. En résumé, les parents sourds-muets épousant des parents sourds-muets auront probablement des enfants sourds-muets. Des sourds-muets congénitaux s'épousant auront probablement des enfants sourds-muets. Les gens devenus sourds par accident et s'épousant n'auront probablement pas d'enfants sourds-muets.

Les sourds-muets n'ayant pas de parents sourds-muets et épousant des personnes saines, n'ayant pas de parents sourds-muets, auront probablement des enfants sains.

Un discours sur le traitement des *tumeurs fibreuses de l'utérus par l'électricité* est lu par M. Steavenson.

M. Sheridan Delepine rapporte un travail sur l'*organisation du thrombus formé dans les artères après leur ligature*.

Le Dr Brooks, au nom de M. Cunninghan, montre des coupes faites après congellation à travers le corps d'un sujet atteint de *hernie inguinale congénitale*. Après quelques remarques sur l'anatomie abdominale générale, il fait voir comment le péritoine est déplacé dans le sac de la hernie et il explique comment le gubernaculum testis joue un rôle important dans la formation de cette dernière. Il attire l'attention sur la grande accumulation de graisse dans le mésentère trouvé dans le sac herniaire.

M. W. E. Home fait une communication sur un *cas de luxation de l'omoplate*. Il s'agit d'un homme qui, étant tombé de sa hauteur, se heurta contre un trottoir la partie postérieure de l'épaule gauche. En se relevant, il ressentit dans cette épaule, des douleurs rendant tout mouvement intolérable. Il était obligé de se tenir assis, le coude gauche reposant sur le genou. Le pli axillaire antérieur était abaissé et le périmètre de l'aisselle était accru d'un pouce. Les deux clavicules et les deux acromions étaient égaux, mais entre la clavicule et l'acromion, existait à gauche un sillon assez profond pour admettre le doigt. L'omoplate été déplacé en bas, en dehors et en avant, le sommet de la coracoïde étant à 1 pouce 1/4 en dessous et un peu en dedans de l'extrémité externe de la clavicule. En prenant la clavicule en bas et l'épaule en haut et en arrière, la

douleur qui était surtout violente à l'insertion du trapèze, était soulagée et l'apparence normale de l'épaule était reconstituée.

Pour retenir les parties en position, l'extrémité externe de la clavicule fut fixée par un bandage, tandis qu'une autre bande passée autour du tiers moyen du bras et tirée fortement sur le dos, maintenait le bras et l'épaule, tandis que le coude était ramené en avant et refoulé en haut par un bandage de corps en flanelle. Le patient put se lever 17 jours après son accident et il recouvra l'usage de ses mouvements au bout de 21 jours. — *(A suivre).* ISCH-WALL.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE VIENNE (*suite*).

Inoculations préventives contre les maladies infectieuses.

1° *Vaccination charbonneuse.*

Présidence de M. LYDTIN (de Carlsruhe).

M. CHAMBERLAND (rapporteur) prend la parole.

La vaccination contre le charbon date de 1881, et est aujourd'hui aussi répandue que discutée. A l'origine, on nia la réalité de l'immunité acquise par des inoculations préventives à l'aide des virus atténués. A l'heure actuelle, personne ne conteste plus que les animaux vaccinés soient rendus réfractaires aux inoculations sous-cutanées du virus virulent. Pour faire des inoculations, il faut employer du vaccin frais. De là la nécessité de fonder dans les pays éloignés de la France de petits laboratoires, préparant le vaccin et l'expédiant rapidement aux localités où la maladie existe. Quand le virus est ancien, quand il date de plus de 15 jours, il ne jouit plus de son efficacité.

Quelle est la mortalité provoquée par la vaccination chez les animaux? Tous les animaux vaccinés sont malades, mais la mort est exceptionnelle, et, quand celle-ci arrive, elle est due soit à une réceptivité particulière de l'animal, soit à des imperfections dans le manuel opératoire. La mortalité, calculée sur une statistique portant sur plus de un million de moutons et plus de cent mille bœufs ou vaches, n'est que de 1 mouton sur 200 et de 1 bovin sur 700.

Les animaux vaccinés sont-ils rendus réfractaires au charbon naturel? Les adversaires de la vaccination charbonneuse avancent que les animaux vaccinés ne sont pas protégés ou du moins ne sont pas suffisamment protégés contre l'infection naturelle. Cependant, en 1881, des expériences donnèrent des résultats absolument probants. Il fut constaté que la mortalité était dix fois moins grande sur les moutons vaccinés que sur ceux qui ne l'étaient pas. Quant à la mortalité des bovidés vaccinés, elle était 30 à 40 fois moindre que celle qui existait chez les bovidés non vaccinés. En 1882, la Société vétérinaire d'Eure-et-Loire institua une série d'expériences et les chiffres obtenus concordent à peu près avec ceux qui ont été indiqués plus haut. Mais une expérience plus générale fut entreprise. On vaccina en 5 ans plus de un million de moutons et plus de cent mille bovidés. Or, en faisant le bilan exact des morts, on constate que la vaccination a diminué la mortalité dans la proportion de 10 à 1 pour les moutons et de 15 à 1 pour les bovins. Des expériences furent faites à Packisch, en Allemagne, et plusieurs auteurs s'emparèrent des résultats pour combattre la pratique des vaccinations charbonneuses. Or, on peut reprocher à ces expériences : 1° de n'avoir pas porté sur un nombre assez considérable d'animaux ; 2° d'avoir été mal conduites, en ce sens qu'il aurait fallu vacciner la moitié ou tout au plus les deux tiers des animaux et conserver les autres comme témoins. Et, en effet, pendant 5 ans, on n'a vacciné à Packisch que 502 bovins et 2.017 moutons. Le nombre des bovins non vaccinés, gardés comme témoins, a été de 8. Ce n'est pas suffisant. Il y a eu 744 moutons témoins, proportion raisonnable. Sur les 2.017 moutons vaccinés, la mortalité a été de 0,6 pour 100. Ce chiffre concorde avec celui que l'on a obtenu en France. Sur les 502 bovinés vaccinés, pas un animal n'est mort. Ce résultat est plus beau que celui obtenu en France.

Mais ce qui tend à obscurcir le problème, c'est que les moutons n'ont presque pas été atteints par la maladie. Le charbon semble avoir respecté plus que de coutume le troupeau. En effet, pendant les cinq années que dura l'expérience, l'on ne perdit que 15 moutons vaccinés (sur 2,017) et 5 sur les 744 non vaccinés. On peut affirmer que le charbon n'a pas sévi sur ces animaux avec sa violence ordinaire. Mais, si l'on se rapporte à la mortalité constatée sur ce troupeau pendant les 3 années qui ont précédé l'expérience, on voit que la mortalité a été de 5, 2 0/0. Quelle est la moyenne de la mortalité depuis la vaccination? A peine 1 0/0. D'où l'on est en droit de conclure que cette diminution de la mortalité doit être attribuée à ce que la contagion est moins fréquente par suite de la vaccination d'un très grand nombre de moutons. Quant aux bovidés vaccinés, la mortalité a été en moyenne de 2,6 0/0. Ceux qui n'ont pas été vaccinés et qui ont servi de témoins ont eu une mortalité égale à 37, 5 0/0. Par malheur le nombre des témoins n'est pas suffisant pour qu'on puisse en tirer une conclusion définitive. Mais quelle a été la mortalité dans les années précédentes d'un troupeau ayant le même nombre d'animaux? La moyenne de la perte était de 27 0/0. Depuis que les vaccinations sont pratiquées, la mortalité est desdendue à 2,6 0/0. Donc la vaccination a diminué la mortalité des bovins dans la proportion de 10 à 1.

M. LYDTIN (de Carlsrhe) donne la statistique qui a été établie à la suite des expériences faites à Packisch. Il étudie avec impartialité les chiffres et se rallie à l'opinion que la commission de Packisch avait formulée : « Actuellement il est avantageux, au point de vue économique, d'introduire la vaccination charbonneuse là où le charbon fait de grands ravages ; surtout pour les bovidés, cette vaccination est à recommander, parce que ces animaux la supportent mieux que les moutons, et parce que les pertes par le charbon parmi les bovidés sont les plus sensibles. Il est enfin à espérer que le procédé de vaccination sera encore perfectionné et que celle-ci rendra aussi pour les moutons de bons services. »

M. LŒFFLER (de Berlin) reconnait que certains animaux peuvent être rendus réfractaires au charbon par l'injection d'un virus charbonneux atténué. Mais, outre les pertes causées par la vaccination, il ne croit pas que l'immunité contre le charbon naturel à la suite des inoculations, soit démontrée. L'orateur ne conteste pas les chiffres fournis par M. Chamberland. Mais il déclare que la base de comparaison, dont se sert le chef du laboratoire de M. Pasteur, est aléatoire et peu solide. Il est impossible de prouver, à son avis, que la mortalité, avant l'institution des vaccinations était de 18 0/0 pour les moutons et de 5 0/0 pour les bovidés. De plus, on sait que le charbon est plus grave certaines années que d'autres. Si on fait des vaccinations quand le charbon fait peu de ravage, les résultats sont superbes. Il conclut qu'à l'heure actuelle, il n'est pas possible d'avoir une opinion définitive sur la valeur pratique des vaccinations charbonneuses.

M. CHAMBERLAND réplique Il prend acte de l'aveu de M. LOEFFLER qui ne conteste plus la valeur scientifique des vaccinations. Quant au côté économique de la question, c'est aux agriculteurs et aux propriétaires à faire la part des bénéfices qu'ils peuvent retirer des vaccinations.

M. METSCHNIKOFF (d'Odessa) fournit des statistiques qui prouvent qu'en Russie la mortalité dépasse 10 0/0. Donc il faut vacciner.

M. PUTY (de Halle) fait savoir que le propriétaire de Packisch, qui a livré ses animaux pour faire les expériences relatées plus haut, a adopté la pratique des vaccinations.

M. AZART (de Buda-Pesth) déclare qu'en Hongrie la mortalité était de 10 à 12 0/0 avant la vaccination. Depuis 5 ans l'on vaccine, et la mortalité n'est plus que de 1 à 2 0/0.

M. CHAUVEAU (de Lyon) a demandé l'atténuation du bacille charbonneux à l'action prolongée et répétée de l'oxygène comprimé. Le vaccin, ainsi obtenu, a l'avantage de se conserver longtemps. De là la possibilité de l'expédier au loin. Le professeur de Lyon soutient toutes les conclusions de M. Chamberland.

M. LE PRÉSIDENT, M. Lydtin, conclut et résume les débats en disant que la valeur scientifique des vaccinations n'est plus mise en doute par personne. En Hongrie, en Russie, à Packish, en France, la vaccination contre le charbon des bœufs a donné d'excellents résultats. La vaccination des moutons a fourni des résultats moins brillants, mais ceux-ci sont réels et en faveur des inoculations.

2° *Vaccination antirabique.*

Cette question a été traitée la veille de la cloture du Congrès, dans une séance spéciale présidée par le Pr ALBERT (de Vienne).

M. CHAMBERLAND fait l'historique de la découverte de la vaccination antirabique. M. Pasteur reconnait que le virus existe dans le système nerveux de l'animal qui est en proie à la rage. Il a l'idée de pratiquer des inoculations sous la dure-mère avec du virus pur, c'est-à-dire ne contenant pas d'organismes étrangers. Si on prend une partie du bulbe d'un chien qui vient de succomber à la rage et si on l'inocule par trépanation à un lapin, la rage se manifeste 15 jours après et la mort arrive vers le 20e jour, à 2 ou 3 jours près. Reste à savoir si le virus contenu dans le bulbe des chiens morts de rage spontanée est toujours identique. L'expérience prouve que ce virus est toujours le même : la période d'incubation de la maladie ne varie guère. Cette période est de quinze jours chez le lapin inoculé. Mais passe-t-on d'un premier lapin à un second, puis d'un second à un troisième, et ainsi de suite on constate que la période d'incubation tend à diminuer. Dès le 20e ou 25e passage, la rage apparait au bout de 7 ou 8 jours. Jusqu'au 80e passage environ cette période de 7 ou 8 jours reste fixe. Mais si on continue la série des passages, la période d'incubation n'est que de 6 ou 7 jours. La virulence augmente en p[illegible]

de lapin à lapin. Par contre elle diminue en passant de singe à singe.

M. Pasteur, en possession de ces données, fit des inoculations sous-cutanées à des chiens avec la matière cérébrale d'un singe mort de rage, à la suite d'une injection d'un virus rabique atténué. Il inocula les mêmes chiens avec la matière cérébrale d'un lapin qui avait été trépané et sous la dure-mère duquel on avait injecté la matière cérébrale du singe. (Ce deuxième virus est plus virulent). Il fit une troisième inoculation aux chiens, toujours sous la peau, avec la matière cérébrale d'un deuxième lapin trépané et inoculé avec le bulbe du premier. Il continua ainsi en passant de lapin à lapin. Les chiens obtinrent ainsi l'immunité après la cinquième ou la sixième inoculation. On put leur inoculer impunément sous la dure-mère une partie du bulbe d'un chien qui avait été enlevé par la rage des rues. Mais cette méthode donnait quelques insuccès; certains chiens devenaient enragés. C'est alors que M. Pasteur conserva dans l'air sec, à la température de 20 à 25°, des moelles de lapins morts de rage. Ces moelles perdent une partie de leur virulence, au bout de quelques jours. Après quinze jours, la moelle n'est plus virulente et est vainement inoculée aux animaux. Si on inocule des animaux avec un virus qui ne donnera la rage qu'après une longue incubation, à une époque fixée et déterminée et si l'on conserve ensuite plus ou moins longtemps dans l'air sec, à la température indiquée, les moelles des animaux qui ont succombé, on obtiendra un virus qui est très virulent quand la moelle est fraiche et qui ne l'est plus du tout quand la moelle a quinze jours de dessication. Que l'on fasse des inoculations sous-cutanées, en commençant avec la moelle non virulente, puis avec une partie de chaque moelle, dont la virulence augmente progressivement, et on vaccinera ainsi les animaux. M. Pasteur put rendre réfractaires à la rage les chiens qu'il avait traités par cette méthode.

M. Chamberland explique comment est né la méthode intensive. Nous renvoyons le lecteur au mémoire récent de M. Pasteur. Le chef de laboratoire de la rue d'Ulm s'arrête à l'accusation qui a été portée contre la méthode intensive. Sous prétexte de mettre certains individus à l'abri de la rage, on leur aurait inoculé le virus rabique alors qu'ils n'avaient pas été mordus pas des animaux enragés, alors que la rage spontanée ne pouvait pas éclater chez eux. L'inoculation aurait donné la rage. Voilà l'accusation. Mais quand on inocule par trépanation à un lapin le bulbe d'une personne enragée à la suite de la morsure d'un chien atteint de la rage des rues, on constate toujours que le lapin n'a la rage qu'au bout de 15 jours. Quand le virus rabique dont on se sert pour inoculer les chiens détermine la mort de ces animaux, on constate que leur bulbe injecté aux lapins détermine la rage après 7 ou 8 jours d'incubation. Une personne meurt-elle de rage après avoir subi les inoculations rabiques, il s'agit de savoir si c'est le virus naturel qui a été cause de l'accident ou si c'est le virus des injections. Or, d'après ce que nous venons de dire, si c'était le virus des injections qui avait donné la rage, on devrait retrouver dans le bulbe de l'individu mort un virus assez virulent pour faire éclater la rage chez des lapins en 7 ou 8 jours. Mais chaque fois que l'on a injecté aux lapins le bulbe des personnes qui sont mortes après les inoculations, on a toujours constaté que la période d'incubation était de 15 jours environ. — Donc ces personnes sont mortes, non des suites des inoculations, mais des morsures qu'elles avaient reçues.

M. Ulmann (de Vienne) apporte le résultat de ses expériences qui portent sur 122 cas soignés d'après la méthode de M. Pasteur. La mortalité a été de 2,4 0/0. Il cite deux exemples en faveur de la pratique pastorienne. Cinq individus sont mordus par un chien. Les trois qui ont été inoculés sont guéris ; les deux autres qui n'ont pas été traités sont morts. — L'autre exemple est aussi démonstratif: quatre personnes sont mordues par un animal enragé ; un seul survit, c'est celui qui a subi des inoculations; les trois autres sont morts.

M. von Frisch (de Vienne) reconnait que M. Pasteur a trouvé la méthode qui rend les animaux réfractaires à la rage. Le fait est établi et indiscutable. Mais il fait des réserves sur les inoculations rabiques à l'homme. — Ses expériences n'ont pas confirmé absolument les faits avancés par M. Pasteur. Celui-ci a déclaré que les résultats avaient varié, parce que le vaccin provenant du laboratoire de la rue d'Ulm était trop ancien et s'était altéré Or, dit M. von Frisch, comment admettre l'altération du vaccin puisque celui-ci a été inoculé de lapin à lapin et que M. Pasteur admet la constance de la virulence du virus atténué dans ces conditions? Le médecin de Vienne insiste sur les obscurités qui règnent sur la mortalité des personnes mordues par des animaux enragés. Les points de comparaison manquent pour faire une statistique démonstrative.

M. von Frisch pense que la dessication des moelles rabiques n'est pas le meilleur mode d'atténuation du virus. Dans tous les cas l'immunité varie suivant que l'inoculation est pratiquée avant ou après l'infection de l'économie par la rage. — Quand on inocule avant l'infection l'immunité existe souvent. Au contraire elle est rare, quand l'organisme est déjà en puissance de la rage des rues. De l'avis même de M. Pasteur, l'immunité n'est jamais définitive. Par trois fois déjà le savant français a changé sa méthode.— Est-il prudent, dans ces conditions, d'appliquer les inoculations à l'homme, M. von Frisch pense qu'il est préférable de vacciner tous les chiens et par suite d'arrêter la mortalité causée par la rage.

Tout en rendant hommage aux travaux de M. Pasteur, le médecin de Vienne déclare que la question des vaccinations reste à l'étude et ne peut avoir à l'heure actuelle une solution définitive.

M. le professeur Metschnikoff (d'Odessa) rend compte des résultats qu'il a obtenus. Ses expériences portent sur 713 individus mordus par des animaux enragés. Et il a fait 1,500 expériences sur des animaux. Sa pratique est l'éclatante confirmation des doctrines de M. Pasteur.

M. Renzi (de Naples), au contraire, s'inscrit en faux contre la méthode pastorienne qui ne lui a donné aucun des résultats annoncés.

M. Chamberland constate que le fait scientifique des inoculations préventives est admis par M. von Frisch. Il pense que les résultats négatifs sont dus à des fautes commises dans la manipulation du virus, dans le procédé opératoire, etc. Sur 250 expériences faites dans le laboratoire de M. Pasteur, il n'y a pas eu une seule exception. Toutes ont réussi. Et la pratique de MM. Ullman et de Metschnikoff prouve qu'en suivant exactement la méthode de M. Pasteur, on obtient toujours les mêmes effets. M. Chamberland montre que M. de Renzi s'est éloigné, dans ses expériences, de cette méthode classique et qu'il a voulu réaliser de véritables tours de force. Sans aucun doute, les expérimentateurs qui ne sont pas encore rompus aux manipulations du virus rabique, à la technique des inoculations, viendront apporter de temps à autre des faits qui sont en contradiction avec ceux avancés par M. Pasteur. Mais l'avenir démontrera l'exactitude de la théorie et de la pratique du chef de la bactériologie française.

Expériences étiologiques et prophylactiques sur les épidémies cholériques en Europe pendant les trois ou quatre dernières années. — M. Proust. En 1884, le choléra éclatait à Toulon. Il fut impossible de savoir quelle était la voie précise de l'importation du fléau. Peut-être l'épidémie de 1884 a-t-elle été une simple irradiation de l'épidémie d'Egypte de 1883. La maladie aurait été importée sur les côtes méditerranéennes et aurait existé à l'état caché jusqu'à l'explosion qui eut lieu à Toulon. Quoi qu'il en soit, le choléra asiatique s'installait en France en 1884, y sévissait pendant plusieurs mois. Il réapparut vers le milieu de 1885; enfin à la fin de cette même année et au commencement de 1886, il faisait une dernière apparition en Bretagne. Dès le début, l'épidémie présente une grande tendance à la diffusion. Débutant dans les départements frontières, le choléra s'étend autour de son foyer d'origine, se propage et atteint Paris, quatre mois et demi après son début. En 1884 et 1885, il y a eu un peu moins de 12.000 décès. Cette diminution notable de la gravité des épidémies cholériques est due à une sorte d'acclimatation de la maladie chez nous et aux progrès de l'hygiène. L'épidémie des dernières années a été peu grave, si on la compare à celles de 1849 et de 1832. Une telle constatation est rassurante au point de vue de l'avenir. La question de la contagiosité du choléra et de sa propagation par les courants humains parait résolue et l'étude de la marche de la dernière épidemie en France est démonstrative.

En 1884, on a eu des faits qui prouvent sans conteste la transmissibilité du choléra de l'homme à l'homme, et, dans bien des cas, on a pu suivre pas à pas le fléau. C'est à la suite d'individus contaminés qu'on le voit pénétrer dans des milieux jusque-là indemnes. L'individu malade constitue donc le meilleur des véhicules du contage, mais l'histoire de l'epidémie dernière de France montre un certain nombre de faits qui prouvent que les effets souillés, l'eau, certains aliments peuvent servir de moyens de transport et de diffusion au germe morbide. Au contraire, tous les faits susceptibles d'une interprétation et d'une analyse rigoureuse sont contraires à l'hypothèse de la transmission habituelle du choléra par l'atmosphère, au moins à de grandes distances. L'épidémie de 1884-85 n'a fait que confirmer cette affirmation. Cependant, l'air peut momentanément servir de réceptacle au contage et dans l'atmosphère confiné d'une chambre de malade, par exemple, contribuer à la transmission du mal. Plusieurs faits observés dernièrement semblent prouver qu'il y a possibilité de contamination par les émanations des latrines, des dépotoirs ou des égouts. Les mesures prophylactiques prises en vue d'arrêter l'extension du choléra ou d'empecher sa réimportation, sont parfaitement connues. M. Proust insiste sur la nécessité d'établir des barrières contre l'invasion cholérique sur la mer Caspienne et sur la mer Rouge. L'orateur parle des quarantaines maritimes et reconnait leur nécessité. On doit néanmoins s'efforcer d'en diminuer le plus possible le nombre et la durée, parce qu'elles constituent une gêne réelle aux relations internationales. Il indique les mesures qu'il serait nécessaire d'adopter pour arriver à la diminution des quarantaines.

Quant au système des quarantaines terrestres, il a été jugé chez nous inefficace, gênant et dangereux. On se contenta en France d'organiser des postes de surveillance sur différentes voies de terre conduisant d'Espagne en France. Et cette mesure eut un plein succès, car elle permit d'arrêter deux cholériques à leur entrée en France et d'empêcher la propagation de la maladie. M. Proust passe en revue les mesures prophylactiques, les précautions d'hygiène individuelle qui ont été prises sur l'avis du Conseil d'Hygiène. Puis l'orateur fait l'exposé succinct des recherches qui ont été faites en France sur la nature et la pathogénie du choléra. Il passe en revue les différentes recherches qui ont été entreprises. La découverte par Koch du bacille-virgule fut l'origine de nouvelles recherches. Il signale les travaux de Straus et de Roux en 1884, puis ceux de Nicati, et enfin les investigations plus récentes de Doyen. Il montre que la plupart des recherches françaises tendent à démontrer l'action pathogénique du bacille-virgule.

Mais quel est le mode de cette action pathogénique ? Koch pensait que les accidents généraux du choléra sont le résultat d'une intoxication, que le bacille sécrète dans la cavité intestinale une matière vénéneuse qui, absorbée à la surface de l'intestin, détermine l'empoisonnement de l'économie. Les travaux de Pouchet, de Villiers, militeraient en faveur de la théorie de Koch. Mais les recherches de M. Bouchard infirment les résultats précédents. Pour ce dernier auteur, le bacille-virgule n'est pas l'agent producteur du poison cholérique. Cela ne prouve pas absolument que le bacille-virgule n'est pas le microbe pathogène, car il se pourrait que le poison cholérique puisse être fabriqué par les cellules humaines aux prises avec le parasite.

M. Hauser (de Madrid) dans son discours, arrive à certaines conclusions, que leur originalité nous oblige à transcrire : 1° L'agent cholérigène ayant besoin de quatre éléments pour son existence et son développement : air, humidité, chaleur et matière organique ne peut prospérer que dans les couches superficielles du sol ne dépassant pas 3 mètres de profondeur ; 2° Le mouvement des cours d'eau lui étant hostile, il cherche de préférence à se propager sur les rives en suivant une marche en amont et mieux encore sur les bords des affluents ; c'est-à-dire dans le sol humide, mais non dans l'eau ; 3° Bien que le germe cholérigène soit transmissible à distance par des effets ou des matières organiques lui servant de véhicule, le contact ou la communication entre deux localités, l'une infectée et l'autre indemne, n'est jamais suffisante pour produire une épidémie sans l'intermédiaire d'un sol favorable ; 4° Le rôle de l'eau potable se limite à rendre l'épidémie plus intense et sa marche plus rapide, si elle est de mauvaise qualité, et à la rendre plus bénigne si elle a de bonnes conditions de potabilité ; 5° Tous les moyens prophylactiques, tels que l'isolement des malades, la désinfection des maisons et des effets contaminés et même la destruction de ces derniers sont parfaitement inutiles pour arrêter la marche de l'épidémie, sans l'assainissement du sol, lieu favori des micro-organismes pathogènes ; 6° Que le transport par chemin de fer, loin d'être un véhicule de propagation du germe, lui est contraire.

M. de Gruber (de Vienne), reconnait comme agent spécifique du choléra le vibrion de Koch. La propagation du choléra en Autriche s'est effectuée par le mouvement de transport de la population. Les malades et les effets souillés sont les agents de transmissions du fléau.

Il n'y a pas de preuve d'infection cholérique par l'eau potable.

La question de l'étiologie du choléra mérite de nouvelles recherches. L'orateur admet qu'il faut employer les mesures prophylactiques pour arrêter la marche du choléra. Si ces mesures n'ont pas été suivies d'un plein succès, c'est qu'il est difficile ou même impossible de les appliquer rigoureusement. Pour se défendre contre l'invasion du choléra, il faut perfectionner l'organisation sanitaire de l'état, en augmentant le bien-être de la population et en l'initiant aux connaissances de l'hygiène.

M. Babès (de Budapesth) insiste sur le bacille virgule qu'il considère comme l'agent spécifique du choléra. Il l'a trouvé sur les effets des cholériques et sur les planchers des maisons qui ont été habités par eux. Il y a nécessité à déceler rapidement la présence du bacille-virgule afin de prendre sans retard les mesures de désinfection.

MM. Kitasato et Nakahama (du Japon) font le récit de l'épidémie de choléra qui a sévi au Japon.

M. Cunha Bellem (de Lisbonne) montre que le Portugal a su éviter le choléra qui avait éclaté en Espagne pendant les années 1884-1885, en établissant à la frontière des cordons sanitaires et des lazarets.

M. de Silva Amado répond que le Portugal n'a pas été préservé par les cordons sanitaires. Dans l'ouest de l'Espagne, le choléra n'existait guère, et particulièrement du côté du Portugal.

M. Raffaeli (de Naples) appuie les conclusions de M. Proust.

M. Peltenkofer (de Munich) ne combat pas la bactériologie mais il croit que cette science ne donne pas l'explication des épidémies. Dans l'Inde par exemple, le choléra se comporte d'une façon spéciale. Dans la Bengalie du sud la mortalité annuelle du fait de ce fléau, est de 18 0/0 des habitants. A Pendjab le taux de la mortalité tombe à 2 0/0. Dans 6 districts de Pendjab il n'y a qu'un mort sur 10,000 habitants et certains districts sont absolument indemmes ; et cependant les communications y sont extrêmement fréquentes avec le reste du pays. A Calcutta le maximum de l'épidémie est en avril et le minimum en août. C'est juste le contraire à Lahore. Donc la question de lieu et de temps est intimement liée à la marche de l'épidémie.

Dans les douze dernières années, il y avait chaque année à Posen 20 morts par 10,000 habitants. En Westphalie, la mortalité était seulement de 0,5 sur 10,000. A Leipzig il y avait 16 décès par 10,000 habitants. En Prusse, le choléra enleva dans les douze dernières années 167,000 personnes, 50,000 moururent au commencement d'avril et 34,000 en septembre.

A Gènes toutes les épidémies ont sévi du mois de juillet au mois de novembre. Pendant le reste de l'année le choléra disparaissait. Comment la théorie de la contagion peut-elle expliquer ces faits qu'elle passe sous silence ? Le professeur Pettenkofer ne croit pas à la propagation du choléra par le mouvement des masses de la population. Ce qu'il faut faire pour combattre et éviter l'épidémie c'est l'assainissement du terrain. L'exemple qu'offre l'Angleterre le prouve.

M. Proust répond que si le choléra n'a pas pénétré en Angleterre depuis l'ouverture du canal de Suez, cela n'est pas dû seulement à l'assainissement du terrain. L'Angleterre est plus éloignée des Indes que la France, c'est pourquoi le choléra a plus de facilité d'arriver chez nous. De plus les navires anglais sont soumis à des mesures sévères de désinfection. Il faut donc et désinfecter le terrain et prendre les autres mesures prophylactiques qui ont été indiqués.

M. de Gruber se rallie à cette opinion.

De l'acclimatation des Européens dans les pays chauds. — M. Treille (médecin principal de la marine à Paris) a obtenu un franc et légitime succès au Congrès d'hygiène. Son discours a été chaudement applaudi et l'honorable professeur des Ecoles de médecine navale a eu la satisfaction de voir tous les orateurs se rallier complètement aux conclusions qu'il avait formulées. La section a même voté la traduction en différentes langues du remarquable rapport que le sympathique médecin de la marine avait été chargé de faire sur l'acclimatation des européens dans les pays chauds, question pleine d'actualité et d'intérêt à une époque où toutes les nations cherchent dans la colonisation un nouvel élément de prospérité. M. Treille commence par montrer que l'européen peut vivre dans les pays chauds à la condition de ne pas violenter la nature. Partout où l'européen a pu se soustraire aux endémies du rivage, aux marais, à l'extrême chaleur et à l'extrême humidité, il s'est maintenu et a fait souche. La nature, sur beaucoup de points, a mis le remède à côté du mal : c'est l'altitude qui est la sauvegarde de l'émigration européenne. Après une étude approfondie sur l'action physiologique produite par les pays chauds, sur les modifications fonctionnelles imprimées à l'organisme du colon qui vient d'Europe, M. Treille prouve que l'influence dominante dans les pays chauds, c'est la tension de la vapeur d'eau atmoshérique. Il analyse les effets de cette tension sur l'économie et admet que les climats chauds sont d'autant plus nuisibles à l'organisme de l'européen qu'ils sont caractérisés par l'élévation de plus en plus grande de la tension de vapeur atmosphérique.

Passant à un ordre de considérations plus pratiques, il recommande d'habiter les lieux élevés, autant que possible, sur un terrain à couches inclinées, permettant l'écoulement de la nappe d'eau. Il prescrit en tenant compte de la direction des vents, de se soustraire à l'influence des plaines alluvionnaires et principalement des marais en activité. Les matériaux et les modes de construction sont soigneusement passés en revue et l'Européen trouvera dans cette étude d'excellentes indications pour créer un établissement durable qui répondra à toutes les exigences de l'hygiène tropicale. Le choix de l'alimentation est l'objet d'une critique judicieuse. La chose importante est de mettre le colon en garde contre l'esprit de système, soit qu'il considère qu'il doive ne rien changer à ses habitudes, soit qu'au contraire il veuille délibérément rompre avec elles et adopter rigoureusement les usages indigènes.

Faire usage des viandes en quantités modérées, donner aux aliments légers (volailles peu grasses, œufs, poissons, (riz cuit à l'étuvée) une prépondérance absolue, manger sans crainte les légumes verts cuits à l'eau, n'user qu'avec prudence des fruits si abondants des tropiques, voilà les règles générales de l'alimentation. M. Treille s'élève contre l'abus des condiments, acides et des épices et insiste sur la nécessité de ne boire qu'aux repas et avec la plus grande modération. Le vin, les bières fortes doivent être coupés d'eau et il y aurait avantage à bannir absolument l'usage des liqueurs, des

alcools titrant 30°, 39° et au dessus. Le professeur de l'école navale pense, contrairement à un certain nombre d'auteurs, que l'Européen peut faire la sieste une demi-heure après le déjeuner, vers midi par exemple. Il accorde volontiers un sommeil de trois quarts d'heure après le repas. En outre, il se fait l'apôtre d'une pratique qui ne sera pas admise sans protestation : au réveil de la sieste, dit M. Treille, un bain froid ou une ablution générale et rapide est nécessaire. Est-il nécessaire de le répéter, le colon devra éviter avec soin toutes les fatigues et en particulier celles qui accompagne les excès vénériens.

Enfin, M. Treille donne les plus sages conseils à ceux qui veulent émigrer. Après avoir montré qu'il était possible à l'Européen de vivre dans la zone tropicale, il ne craint pas d'enlever toute illusion à ceux qui pensent pouvoir dépenser leurs forces et leur activité aux colonies comme ils le faisaient sur le continent. La mise en état des terres pour la culture des denrées riches que produit la zone intertropicale ne peut être le lot de l'Européen immigré. Il lui faut renoncer au pénible travail de la terre, au maniement de la charrue, à l'exposition au soleil ou aux pluies, à tout développement continu d'efforts musculaires. Croire qu'avec une concession de quelques hectares de terre ou de forêt vierge et des instruments aratoires, le colon qui vient d'Europe pourra par ses bras conquérir une fortune est une erreur et un danger. Son rôle doit se borner au role de gérant de propriétés ou d'établissements industriels, à la direction d'une exploitation agricole ou d'une mine, sans se livrer à aucun travail qui l'expose à l'ardeur du soleil.

Fournir le capital, en surveiller l'emploi, c'est une tâche qui lui incombe. Initiateur bienveillant des indigènes, pionnier de la civilisation, il ne peut être qu'un organisateur et un directeur du travail colonial.

En appliquant ces principes, l'Européen aura pour lui bien des chances favorables pour réussir individuellement et socialement. Individuellement, parce que, se dérobant aux fatigues physiques, il est même en état de résister aux maladies du groupe climatique, et, dans une certaine mesure, aux endémies les plus graves. Socialement, parce que si les conditions économiques sont favorables, il a dans son intelligence et sa culture morale, dans la force du capital dont il est détenteur, dans l'appui de ses relations avec l'Europe, le gage certain d'un bon établissement. PICHEVIN.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VII. Recherches expérimentales et cliniques sur l'antipyrine ; par C. CARAVIAS. Paris, G. Steinheil, édit., 1887.

VIII. Note sur l'action physiologique et sur l'action thérapeutique du sulfate de spartéine ; par le Dr MASIUS. Bruxelles, 1887.

IX. Les médicaments du cœur ; par le Dr Paul FAVEL. Paris, J.-B. Baillière, 1887.

X. Recherches sur l'action physiologique du méthylal ; Par A. MAIRET et COMBEMALLE. Montpellier, 1887.

VII. *Au point de vue physiologique*, l'expérimentation montre que l'antipyrine, à des doses thérapeutiques, agit surtout sur la moelle en diminuant son pouvoir excitomoteur. En injections sous-cutanées, elle a une action analgésiante des plus manifestes. A doses un peu élevées, mais non toxiques, l'amplitude de la systole cardiaque est un peu diminuée; d'autre part, les vaisseaux périphériques se dilatent. En solution de 5 à 10 0/0, l'antipyrine est un puissant antiseptique.

Au point de vue thérapeutique, l'antipyrine a une action puissante sur l'élément douleur qu'elle fait disparaître rapidement, quelle qu'en soit l'origine. Elle a une action curative rapide sur le rhumatisme articulaire aigu en ne présentant que de très minimes inconvénients et qui sont d'ailleurs rares (vertiges, nausées et quelquefois vomissements). Elle agit dans les névralgies, la sciatique, le zona, la migraine, les douleurs des nerveux et des ataxiques, des cardiaques, etc.

Par son action antidouloureuse, aussi bien que par sa puissance antiseptique, l'antipyrine agit d'une façon remarquable sur le rhumatisme blennorrhagique.

L'antipyrine a également une action antidyspnéique des plus remarquables, surtout dans les cas de dyspnée paroxystique, comme dans l'accès d'asthme.

Dans tous ces cas, l'antipyrine peut être administrée par la voie stomacale à la dose de 3 à 6 gr. par jour, ou bien en injections sous-cutanées à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. à la fois, une à deux fois par jour. Cette seconde méthode devrait être réservée pour les cas où il y a intolérance gastrique du médicament ou bien dans les cas pressants (douleurs très vives, dyspnée intense, etc).

On peut employer l'antipyrine en applications locales. L'auteur a également obtenu de très bons résultats dans la blennorrhagie et la blennorrhée par l'emploi d'injections uréthrales avec une solution au 1/10 ou bien encore en se servant de bougies médicamenteuses contenant 0 gr. 80 d'antipyrine.

VIII. Ce travail, basé sur un certain nombre d'expériences et d'observations, démontre : 1° Que la spartéine, à petites doses, ne modifie pas les pulsations carotidiennes chez le chien ; 2° qu'à doses relativement modérées, elle diminue l'excitabilité du nerf pneumogastrique, accélère les pulsations, qui deviennent moins amples, en même temps qu'elle supprime les variations respiratoires périodiques ; 3° qu'à doses toxiques, elle provoque la paralysie du pneumogastrique, l'asphyxie, un changement dans les pulsations, qui deviennent plus grandes, plus rares, puis rapidement de plus en plus petites, prennent la forme du pouls alterne, et finalement disparaissent; 4° que la pression sanguine ne baisse que peu de temps avant la mort; 5° qu'elle n'exerce à l'état physiologique, aucun effet sur la sécrétion urinaire ; 6° qu'à l'état pathologique, l'influence sur le cœur est aussi incertaine que l'influence sur la fonction urinaire et sur l'état subjectif du malade.

IX. Dans ce travail, inspiré par le professeur Lépine (de Lyon), l'auteur étudie l'action de quelques médicaments sur le cœur détaché et complètement séparé de ses connexions avec les centres nerveux. Les médicaments employés ont été l'huile d'aniline, l'acétanilide, la formanilide, l'antipyrine, la quinine, l'acide salicylique, la quassine, l'atropine, la caféine, la grindelia robusta, l'éther, le chloroforme, le chloral.

Ces substances ont toutes une action toxique sur le cœur à doses plus ou moins fortes. Les unes peuvent être considérées comme des excitants cardiaques, en ce sens qu'elles augmentent l'énergie du cœur, sa force de contraction ventriculaire et la pression maxima à laquelle il peut faire équilibre; les autres peuvent être regardées comme paralysantes, car dès leur introduction dans le sang artificiel employé dans les expériences, et qui entretient la vitalité de l'organe, elles paralysent celui-ci.

Parmi les premières peuvent être rangées, à des degrés divers, l'aniline, l'acétanilide, la quinine, l'acide salicylique, l'atropine, la caféine, la grindelia robusta, l'éther, le chloroforme et le chloral ; parmi les secondes, on placera la formanilide, l'antipyrine et la quassine.

Ceci n'est vrai qu'avec des doses modérées ; si on dépasse celles-ci, le médicament, qui était excitant tout d'abord, devient paralysant ensuite, et après avoir tonifié et réconforté le cœur, l'immobilise et le tue. Mais cette mort n'est que physiologique ; la fibre musculaire n'est pas détruite, car en changeant le liquide artificiel et en mettant au contact du cœur ce sang nouveau, les battements reviennent au bout d'un instant pour reparaître de rechef au contact de la substance paralysante.

En somme, ce qui se dégage surtout de ce travail, c'est cette grande loi de Claude Bernard qu'il vient confirmer : « toute substance qui, à petite dose, excite les propriétés ou la fonction d'un élément anatomique, les anéantit à haute dose. »

X. Le méthylal ($C^3 H^8 O^2$), sans effet hypnotique dans la folie alcoolique et dans la période de début des folies simples, réussit au contraire assez généralement dans la période d'état de ces folies simples, dans les insomnies liées à la démence simple, à la démence par athéromasie et à la démence paralytique. Les doses nécessaires pour produire le sommeil doivent varier entre 5 et 8 grammes. L'accoutumance se produit assez rapidement : cinq à six jours suffisent pour cela, et alors même lorsqu'on augmente les doses, le sommeil est moins continu et moins

prolongé que dans les premiers jours. Pour obtenir les mêmes bons effets du début, il faut cesser l'administration du médicament pendant deux ou trois jours, et ce temps de repos suffit pour rendre au système nerveux toute sa sensibilité à l'action hypnotique du méthylal.

Le méthylal n'a qu'une action exclusivement somnifère, et son emploi n'a jamais provoqué aucun trouble du côté des grandes fonctions organiques. Par son innocuité, son facile maniement et son goût qui le fait accepter avec plaisir par les malades, cet agent semble devoir trouver sa place en aliénation mentale, dans la médication hypnotique. F. BOTTEY.

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur la pathogénie des amyotrophies; par M. le Dr Lucien GABORIAUD (de Nantes). — 1887.

Dans la classification actuelle, les amyotrophies sont divisées en deux variétés distinctes : les atrophies névropathiques, myélopathiques ou névritiques et les atrophies myopathiques dont le type a été décrit par MM. Landouzy et Déjerine. Peut-on faire entrer dans cette classification les variétés innombrables d'amyotrophies que l'on rencontre en clinique ?

Après avoir tracé un tableau rapide des affections qui s'accompagnent d'amyotrophie, et décrit les formes que revêt l'atrophie dans chacune d'elles, l'auteur de ce travail rapporte plusieurs faits dans lesquels l'atrophie a suivi une marche tellement bizarre, et s'est montrée d'une telle originalité, tant au point de vue des symptômes qu'à celui des lésions anatomiques, qu'il est impossible de les rattacher à aucune des formes classées. A ces faits empruntés à divers auteurs, se joint une observation personnelle. C'est celle d'une femme de 25 ans, qui, parmi ses ascendants ou collatéraux, compte plusieurs « atrophiques ». Soignée à l'Hôtel-Dieu de Nantes par M. le professeur Hervouet, elle succomba à une tuberculose pulmonaire, après avoir présenté au grand complet les symptômes de la myopathie atrophique progressive, type Landouzy-Déjerine.

Et, cependant, malgré la forme clinique revêtue par l'atrophie, c'était bien une véritable atrophie *myélopathique*, comme l'a démontré un minutieux examen microscopique de la moelle. A la région cervicale principalement, de nombreux groupes de cellules motrices étaient ou tout à fait disparus, ou considérablement atrophiés, suivant une alternance remarquable, tantôt à droite, tantôt à gauche. De plus, l'examen de la substance blanche révéla un état particulier d'infantiliseur médullaire. Le faisceau de Türck était séparé du reste du cordon antérieur par un sillon profond. Le faisceau cérébelleux se distinguait du faisceau pyramidal croisé par un cloisonnement de travées conjonctives. Enfin, dans le faisceau radiculaire externe de Debove et Gombault, dans les cordons de Goll, existaient aussi des subdivisions indiquant nettement une moelle encore à l'état infantile, arrêtée dans son développement. La malade, âgée de 25 ans, avait la moelle d'un enfant de 3 ans au plus.

Ne pourrait-on considérer cette observation comme un fait de transition entre les atrophies myopathiques et les atrophies myélopathiques ? Suivant les idées émises par M. Vulpian dans son dernier livre, il est infiniment probable que toute atrophie musculaire est sous la dépendance d'une lésion médullaire apparente ou non. De plus, étant admise l'influence incontestable de l'hérédité, ne peut-on se demander, — c'est une simple hypothèse, mais qu'appuie l'observation précédente — si cette transmission héréditaire ne se manifeste pas par un arrêt de développement, et si l'atrophie musculaire, au point de vue pathogénique, n'est pas une maladie d'évolution ? Ce travail mérite d'être signalé à l'attention des neuropathologistes qui, par l'étude des faits, sauront certainement sous peu à quoi s'en tenir sur la valeur de cette hypothèse; elle nous paraît d'ailleurs très acceptable.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS. — Nous prions instamment tous nos lecteurs et toutes les personnes intéressées de bien vouloir nous adresser les renseignements qui les concernent avant le *30 Octobre*.

VARIA

Concours de l'internat. — Améliorations matérielles à réaliser.

Dans son n° du 22 octobre (p. 507), le *Concours médical* insiste, comme nous l'avons fait, pour que l'Administration améliore les conditions matérielles du concours.

« Il est dit-il, une autre réforme, banale en apparence, importante dans la réalité, que nous signalons à l'Administration et qui lui vaudrait une certaine reconnaissance des candidats de l'avenir, c'est d'améliorer les conditions matérielles, plus que primitives, dans lesquelles se fait le concours, les malheureux candidats sont obligés d'écrire sur leurs genoux. Il leur faut un *entraînement* spécial pour cet exercice de gymnastique irrationnelle et pour arriver, à traiter en deux heures une question importante d'anatomie et de pathologie, c'est une véritable torture physique (je n'exagère pas), qu'on n'impose dans aucun autre concours. Aussi, ne saurai-je trop engager les candidats à réclamer pour l'année prochaine cette amélioration. Qu'ils s'adressent à la presse médicale, elle saura faire valoir leurs justes réclamations avec plus d'autorité et d'à propos que la presse politique, toujours un peu friande de scandale et de bruit. Ainsi donc, nous demandons : 1° que la limite d'âge soit sévèrement maintenue ; 2° que les candidats ne soient plus obligés d'attraper le lumbago en écrivant sur leurs genoux. Puisque les femmes sont admises à concourir (à raison ou... à tort), cette réforme matérielle est encore réclamée par la galanterie. »

Nous espérons que l'Administration tiendra un peu compte des réclamations qui lui sont faites au sujet de l'aménagement de l'Amphithéâtre des concours et qu'elle n'oubliera pas les Amphithéâtres de cours des hôpitaux. Il est aussi de son devoir d'indiquer à la fin du concours actuel ses intentions au sujet de la limite d'âge. Disons toutefois que nous ne partageons pas l'opinion du *Concours médical* sur l'utilité de la limite d'âge, car elle aura pour résultat d'écarter du concours des jeunes gens laborieux, reçus provisoires à plus de 27 ans, par exemple, et d'écarter de l'internat des jeunes gens qui ont, auparavant, fait leurs études de droit ou appartenu à d'autres Ecoles supérieures. Rappelons enfin que l'obligation du service militaire mérite qu'on réfléchisse avant de fixer cette limite.

La maladie des chiffonniers.

MM. Foa et Bonome ont fait à l'*Association médicale italienne* (session de Pavie) une communication sur une infection putride spéciale présentée par deux malades. Dans ces deux cas, sans symptômes bien saillants, on avait constaté une infiltration hémorrhagique étendue et intense de toutes les tuniques intestinales, ainsi que des viscères abdominaux. Les cultures pratiquées avec le parenchyme de ces organes et avec le sang ont donné un bacille à dimensions doubles de celui de la tuberculose, reconnu par les auteurs pour être le *Proteus vulgaris* de Hauser. L'inoculation de ces cultures à des batraciens et à des mammifères de différentes espèces a produit la mort de ces animaux avec tous les symptômes de l'infection putride, et les viscères de ces animaux ont régulièrement offert l'infiltration hémorrhagique. Or, comme on rencontre souvent parmi les chiffonniers et les ouvriers de fabrique de papier qui travaillent les chiffons, des cas semblables désignés comme *charbon interne*, les auteurs ont pratiqué les cultures avec des chiffons et de la poussière de chiffons, et y ont précisément retrouvé un bacille protéiforme extrêmement virulent. (*Revue scient.*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 31. — 1er *de Doctorat* : MM. Lutz, Blanchard, Villejean. — 2e *d'Officiat* (Fin d'année), MM. Ollivier, Reynier, Jalaguier.

JEUDI 3. — 1er *d'Officiat* (Fin d'année) : MM. Laboulbène, Bourgoin, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Cornil, Brun. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ball, Mathias-Duval, Joffroy. — 3e *de Doctorat* (3e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Legroux, Quinquaud.

VENDREDI 4. — 1er *d'Officiat* (Fin d'année) (1re *Série*) : MM. Regnauld, Villejean, Pouchet ; — (2e *Série*) : MM. Lutz, Blanchard, Guebhard. — 3e *d'Officiat* (Fin d'année) : MM. Damaschino, A. Robin, Segond. — 3e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Budin, Reclus ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Ollivier, Brissaud, Fournier, Déjérine, Chauffard.

SAMEDI 5. — 4er *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Duplay, Ribemond-Dessaignes ; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Bouilly, Campenon ; — (2e partie) : MM. Cornil, Dieulafoy, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Schwartz, Brun ; — (2e partie) : MM. Peter, Legroux, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 3. — M. Catat. Chlorose cardiaque. — M. Derville. Infection tuberculeuse par voie génitale. — M. Bonet. Les froids polaires et leurs effets sur l'organisme.

Enseignement médical libre.

Cours de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours le lundi 7 novembre, à 8 heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, no 5, et le continuera à la même heure les lundi, mercredi et vendredi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement dans la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez M. le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 heure à 2.

NÉCROLOGIE.

G. R. KIRCHOFF.

Le savant professeur et célèbre physicien, Gustave-Robert KIRCHOFF, vient de mourir à l'âge de 63 ans, à Berlin. La *Nature* fournit sur ce savant les détails bibliographiques suivants : Né le 12 mars 1824 à Kœnigsberg, il étudia les mathématiques et la physique à l'Université de sa ville natale. Bientôt, en 1848, il se fit recevoir agrégé à l'Université de Berlin. Il fut attaché comme professeur extraordinaire de physique à l'Université de Breslau, et, dès 1854, c'est-à-dire à l'âge de 30 ans, fut nommé professeur ordinaire à l'Université de Heidelberg. Il ne passa à Berlin qu'en 1875. Cette année là, il fut élu membre de l'Académie des sciences de Berlin. Il était déjà correspondant de l'Institut de France depuis le 24 janvier 1870. On lui doit des travaux très importants sur l'électricité, l'élasticité, la tension des vapeurs. Son nom est attaché, ainsi que celui de Bunsen, à la découverte de l'*Analyse spectrale*, si importante et si féconde en applications de toutes sortes (chimie, physiologie, astronomie physique, etc.). Son principal ouvrage sur ce sujet est intitulé : *Recherches sur le spectre solaire* et *les spectres des corps simples*. Il a paru à Berlin en 1861. Il a publié en outre de nombreux mémoires dans les *Annales de chimie et de physique* de Poggendorf, et dans le *Journal des mathématiques* de Colle.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 16 octobre 1887 au samedi 22 octobre 1887, les naissances ont été au nombre de 1048, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 401 ; illégitimes, 140. Total, 541. — *Sexe féminin* : légitimes, 374 ; illégitimes, 133. Total, 571

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 16 octobre 1887 au samedi 22 octobre 1887, les décès ont été au nombre de 895, savoir : 465 hommes et 430 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 11. T. 19. — Variole : M. 6, F. 2, T. 8. — Rougeole : M. 4, F. 5. T. 9. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 3, F. 4. T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 18, T. 31. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 94, F. 80. T. 174. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 2. T. 14. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3. T, 3. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 20. T. 32. — Meningite simple : M. 9, F. 12. T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 28. T. 54. — Paralysie : M. 3, F. 5. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 9, F. 8. T. 17. — Maladies organiques du cœur : M. 37, F. 23. T. 60. — Bronchite aiguë : M. 13. F. 10 T. 23. — Bronchite chronique : M. 18. F. 23. T. 41. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 6. T. 14. — Pneumonie M. 16, F. 30. T. 46. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 18. T. 40. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 6. T. 13 — Autres gastro-entérite : M. 3, F. 4. T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 12, F. 9, T. 21. — Sénilité : M. 11, F. 20. T. 21, — Suicides : M. 7, F. 0. T. 7. — Autres morts violentes : M. 5. F. 0. T. 5. — Autres causes de mort : M. 100 F. 75. T. 175. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 2. T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 21, illégitimes, 10. Total : 31. - *Sexe féminin* : légitimes, 25; illégitimes, 14. Total : 39.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année scolaire 1887-88. — Semestre d'hiver). — *Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie.* I. Cours de médecine légale pratique à la Morgue : Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue le vendredi 4 novembre 1887, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Ordre des cours. Les mercredis : M. le Professeur BROUARDEL ; les vendredis : M. le Dr DESCOUST, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis : M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — II Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie. — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie, seront faites au laboratoire de toxicologie (Caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 5 novembre 1887, les mardis, jeudis et samedis. — Ordre du cours. Les jeudis à 4 heures : M. le Dr DESCOUST, chef du laboratoire de médecine légale, les mardis à 3 heures ; M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, les samedis à 3 heures ; M. OGIER, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie. — III. Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences. — Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au Secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les Etudiants ayant subi le 3e examen de doctorat. Le Laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. — Mardi prochain, 25 octobre 1887, à 9 heures du matin, a eu lieu l'ouverture du *concours des bourses de doctorat*, dont la première épreuve a été une composition écrite. Le jury est composé de MM. les professeurs dont les noms suivent : MM. Baillon, président ; Dieulafoy, Gariel, Guyon, Jaccoud, Mathias-Duval et Charles Richet.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1887-1888, à MM. Bergeron, préparateur; Vasseur, préparateur adjoint de géologie, à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. SUZANNE est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique à ladite Faculté. — M. JOANNIS, docteur ès sciences, chargé d'un cours de chimie industrielle à ladite Faculté, est chargé d'un cours de chimie industrielle, pendant l'année scolaire 1887-1888.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — *Concours pour une place d'aide d'anatomie.* — Les épreuves consisteront en : 1° Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Trois heures seront accordées aux candidats pour la rédaction de leur composition. Le mémoire sera lu par les candidats en séance publique. 2° Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Quatre heures seront accordées pour cette préparation. 3° Une épreuve orale d'anatomie descriptive. 4° Une épreuve orale de physiologie. 5° La pratique de deux opérations. La durée de chaque épreuve orale est fixée à vingt minutes, après dix minutes de reflexion. Le concours commencera le 7 novembre 1887. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, au moins quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours. Sont admis à concourir tous les Etudiants en médecine. La durée des fonctions est de trois années. Les candidats non nommés, mais qui auront subi avantageusement les épreuves du concours, seront admis à remplir les fonctions d'aide d'anatomie, en l'absence des titulaires. Le traitement qui y est attaché est de 1.000 fr. par an (1). — *Concours pour deux places de chefs de clinique : une de clinique chirurgicale et une de clinique obstétricale.* — Les épreuves consisteront en : 1° Une épreuve écrite d'anatomie et de physiologie normales ou pathologiques. Le mémoire sera lu par les candidats en séance publique ; 2° Une série d'épreuves pratiques de laboratoire en rapport avec la nature de la chaire à laquelle les candidats doivent être attachés (analyse chimique, anatomique histologique de pièces ou produits pathologiques, etc.) ; 3° Une

(1) La Faculté de Lyon paraît plus généreuse que celle de Paris.

épreuve clinique sur un ou plusieurs malades. Les concours commenceront le vendredi 4 novembre 1887. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, au moins quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture des concours, justifier qu'ils sont agréés par l'administration des Hospices et qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine. La durée des fonctions est de deux années. Le traitement qui y est attaché est de 1.000 fr. par an. Les chefs de clinique assistent le professeur ; ils dirigent les internes, externes et stagiaires ; ils sont chargés du service des autopsies et du laboratoire ainsi que des conférences à la contre-visite du soir ; en l'absence du professeur, ils sont responsables envers l'administration des Hospices, de l'ordre et de la régularité dans le service. Les candidats non nommés, qui auront cependant subi avantageusement les épreuves du concours, pourront être appelés, au besoin, à remplir temporairement les fonctions de chef de clinique en l'absence des titulaires.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. BATAILLON (J.-E), licencié ès-sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Rochas, décédé.

FACULTE DES SCIENCES DE LILLE. — M. DUHEM, agrégé des sciences physiques, préparateur à l'Ecole normale, est nommé, pour l'année scolaire 1887-1888, maitre de conférences de physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. FORGUE, agrégé (section de chirurgie), près ladite Faculté, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, pendant la durée de la délégation de M. Gilis, en qualité de chargé du cours (année scolaire 1887-1888).—M. LANDES, licencié ès-sciences naturelles, préparateur de botanique à ladite Faculté est nommé chef des travaux pratique de botanique, en remplacement de M. Péchoutre, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRE (Val-de-Grâce). — Liste par ordre de mérite des élèves sortis cette année : *Médecins* : MM. Marcus, Simonin, Bérard, Renard, Ruotte, Ecot, Licht, Renaut, Maison, Zipfel, Robelin, Jantet, Griffe, Jaubert, Spillmann, Keim, de Burine, Cahen, Castelli, Viela, Venner, Cardot, Delporte, Bayle, Piquot, Rivière, Tersen, Machin, Launois, Sudre, Foy, Frache, Papon, Poujol, Messerer, Etienne, Ferrand, Batut, Leymarie, Chevassu, Campos, Leclerc, Baillé, Lafforgue, Arnaud, Fuzerot, Courtois, Galzin, Goulon, Benoit, Collet, Bouchet, Augry, Wenzinger, de Montety, Peyret, Pierron, Manon, Riche, Martin, Cuvier, Apard, Jouet, Levy, Barrière, Vialette, Marion, Beno, Barbière, Chabrol. —*Pharmaciens* : M. Bodard, Courtot, Beaudoin, Thubert, Licardy, Leclerc, Charpin.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Un congé, pendant l'année scolaire 1887-1888, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Toussaint, professeur de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse. M LAULANIÉ, licencié ès-science naturelles, est chargé, pour l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de physiologie à ladite école.

ECOLE DE MÉDECINE NAVALE DE ROCHEFORT. — Un concours pour l'emploi de professeur d'anatomie à l'école de médecine navale de Rochefort sera ouvert le 26 décembre prochain, pour remplacer M. le Dr Rochard, nommé professeur suppléant à l'école de médecine de Toulouse.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira, le 4 mai 1888, à ladite école pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Marbourg*. M. le privat-docent d'anatomie Dr STRAHL, est nomme professeur extraordinaire. — *Faculté tchèque de médecine de Prague*. M le professeur extraordinaire HLAVA a été nommé professeur ordinaire d'anatomie pathologique. — *Faculté allemande de médecine de Prague*. M. le professeur extraordinaire S. MAYER, est nommé professeur ordinaire d'histologie.

COMMISSION D'ÉTUDES INSTITUÉE POUR L'EXAMEN ET LA RÉVISION DES PROGRAMMES DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE. — La Commission d'études instituée par l'arrêté ministériel du 25 janvier 1887 pour l'examen de la révision des programmes de l'enseignement primaire est composée ainsi qu'il suit : MM. Jules Simon, sénateur, président ; Berthelot, sénateur, vice-président ; Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, vice-président ; le docteur Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine ; Lacaze-Duthiers ; professeur à la Faculté des sciences de Paris ; le docteur Lagneau, membre de l'Académie de médecine : le docteur Perrin, membre de l'Académie de médecine ; le docteur Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de medecine ; le docteur Rochard, membre de l'Académie de médecine ; le docteur A. Martin, auditeur au Comité consultatif d'hygiène publique, secrétaire.

COMMISSION POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA GYMNASTIQUE. — Par arrêté ministériel, en date du 18 octobre 1887, sont nommés membres de la Commission chargée de réviser les programmes relatifs à l'enseignement de la gymnastique : MM. les docteurs Marey (de l'Institut), Paul Chéron, Dally, Franck, A. Martin, Mangenot et Quanu.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Prix de l'Internat*. Le jury pour la médaille d'or de l'internat sera ainsi composé : MM. Fournier, Troisier, Besnier, Richet, Prengrueber, Richelot, Maygrier. — *Concours de l'Externat*. Les troisième et quatrième séances ont été consacrées aux candidats qui sont engagés conditionnels. Les questions traitées dans ces séances ont été les suivantes : 1° *Signes et diagnostic des fractures en général*; — 2° *Symptômes de ta rougeole régulière*. — Question de la cinquième séance (première épreuve) : *Artère axillaire et ses branches*.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — *Concours d'internat*. Le lundi 5 décembre 1887, à 8 heures du matin, il sera ouvert, à l'Hotel-Dieu, un concours pour quatre places d'élèves internes. Le lundi 19 décembre 1887, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital, pour dix places d'élèves externes.

BANQUET A M. TRÉLAT. — On vient d'offrir à M. le Pr Trélat, qui voyage en Turquie, un superbe banquet à Constantinople.

FIÈVRE SCARLATINE. — L'épidémie de fièvre scarlatine continue à Londres.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — *Concours*. Les Candidats du concours qui doit s'ouvrir le lundi 7 novembre 1887 pour la nomination à trente-cinq places de médecins du bureau de bienfaisance, sont au nombre de 90. Ce sont les docteurs Gougelet, Saison, Roche, Turanville, Genet, Petit (Paul), Marciguey, Savoye, Dusseaud, Decaudin, Planteau, Carret, Barbillion, Alexandre, Vandenabeele (Ch. P.), Porchère, Le Roy, Lemoine, Fauny, Grange, Viciart, Reteau, Geneix, Bourdet, Mathieu (dit Sicaud), Courtin, Laisné, Viard, Thoumas, Allir, Renet, Binot, Marcy, Braine, Duron, Bocquet, Veilleau, Weill, Lallemant, Simard, Postol, Mounet, Parizot, Metzger, Menetrier, Mérigot de Treigny, Donon, Fleurot, Boehler, Geny Decoster, C. de Pradel, Hellene, Yvon, Suss, Charon, Fournel, Reuflet, Dhomont, Goureau, Bernheim, Veil, Peignon, Rollin, Barbe, Jacquemart, Plateau, Liandier, Campart, Laurent, Godet, Poisson, Dubief, Isnard, Bernard, Vergne, Bagnol, Batesti, Benard, Maréchal, Dutremblay, Giroud, Petit (Léon), Rolostein-Orval, Vivien, Legrix, Fleury, Dignat. Le jury, tiré au sort, se compose de MM. les docteurs Perrin, Gervais, Fèvre et Trapenard, et de M. Mourland, chef de la division des hôpitaux et hospices de l'administration de l'Assistance publique.

MÉDECINS-AVOCATS. — M. le Dr Floquet, médecin du Palais-de-Justice, vient de prêter le serment d'avocat devant la première Chambre de la Cour d'Appel.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Ordre du jour : 1° Des idées morbides de persécution, M. Charpentier. 2° Suggestion. Auto-suggestion et vivacite du souvenir dans le somnambulisme. Action des médicaments à distance, M. Jules Voisin. 3° Communications diverses.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr SALLAND (de Génozac), tué par un accident de chemin de fer. — Le *Petit Marseillais* annonce que M. Victor COMOIN, ancien pharmacien, est mort lundi dernier.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Numéro des Étudiants.

Universités étrangères de langue française.— L'École municipale de médecine de Paris.— Concours de la médaille d'or : Bourses de voyage. — Faculté du doctorat pour les internes.

Les renseignements contenus dans ce *Numéro des Etudiants* concernent l'enseignement de la médecine, non-seulement en France, mais encore à l'étranger. Cette seconde partie a été considérablement modifiée, grâce à l'obligeance d'un certain nombre de médecins des plus distingués qui, comprenant l'intérêt qu'il y a pour tout le monde à posséder dans un tel numéro des indications précises, nous ont apporté un concours précieux dont nous ne saurions trop les remercier. L'an dernier, nous avons essayé déjà de grouper ensemble sous un titre commun les *Universités étrangères de langue française.* Nous n'y avons réussi qu'en partie, faute de documents. Cette partie du *Numéro des Etudiants*, sans être aussi parfaite que nous l'aurions désirée, est beaucoup plus complète, aujourd'hui, et nous paraît mériter l'attention de nos lecteurs.

Dans la partie française, naturellement la plus importante, nous avons à distinguer tout ce qui a trait aux Facultés de médecine et aux Ecoles préparatoires de province, d'une part, et, d'autre part, tous les renseignements relatifs à l'enseignement de la médecine et à l'enseignement scientifique supérieur de Paris.

Si l'on jette un coup d'œil sur les Facultés et les Ecoles de province, on remarque aussitôt un fait regrettable, indigne d'un gouvernement républicain : c'est la multiplicité des places vacantes, à l'ouverture de l'année scolaire, ce qui cause un préjudice sérieux à l'enseignement et est une preuve de désordre ou d'indifférence coupables, au ministère de l'instruction publique...

A Paris, les éléments d'instruction, mis à la disposition des étudiants, sont de deux ordres : les uns sont fournis par la Faculté de médecine, dépendant de l'Etat, les autres par les établissements hospitaliers de tous genres (hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés, etc.) dépendant de la Ville de Paris et du département de la Seine. Notre intention était de nous occuper exclusivement de la Faulté de médecine et de son Ecole pratique; malheureusement, les événements en ont décidé autrement. Nous allons en profiter pour examiner quelques points de l'organisation hospitalière de Paris, dans ses rapports avec l'enseignement de la médecine, et plus spécialement au point de vue des intérêts particuliers des étudiants, qui viennent à Paris faire leurs études médicales.

Paris possède tous les organes nécessaires à une *Ecole municipale de médecine* de premier ordre, et, en attendant qu'une loi libérale lui permette de la faire fonctionner légalement, le Conseil municipal a le pouvoir et le devoir d'en préparer l'organisation. *L'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux*, avec son *musée* trop peu connu, trop peu utilisé, est en mesure de faire face aux nécessités de l'enseignement de l'*anatomie* et de la *physiologie*.

Les *musées* créés d'abord par l'initiative individuelle, à Saint-Louis, au Midi, à Lourcine, à la Salpêtrière, à Bicêtre, etc., et encouragés par des crédits votés par le Conseil municipal, peuvent être généralisés et enrichis promptement, ce qui, avec les autopsies quotidiennes, fournit des ressources considérables à l'enseignement de l'*anatomie pathologique*.

Quant à l'*enseignement clinique*, nulle cité n'est aussi bien pourvue que Paris. A côté des services ordinaires qui permettent un enseignement complet de la *médecine* et de la *chirurgie générales*, il y a les services réorganisés des accouchements qui, bien utilisés, rendraient possible un *enseignement obstétrical* sérieux pour tous les étudiants et hors de pair avec l'enseignement déplorablement insuffisant de la Faculté. L'hôpital des Enfants-Malades, l'hôpital Trousseau, l'hôpice des Enfants-Assistés et les services de la Salpêtrière et de Bicêtre, consacrés aux enfants atteints de *maladies nerveuses*, sont en mesure de faire un enseignement complet et sans rival de la *pathologie* et de la *clinique infantiles*. — L'hôpital Saint-Louis, l'hôpital du Midi et l'hôpital de Lourcine feraient largement face aux besoins de l'enseignement des *maladies de la peau* et des *maladies vénériennes*. La création de consultations externes et de salles spéciales pour les maladies des yeux, des oreilles, du larynx, des dents, etc., compléterait cet enseignement, qui pourrait d'ailleurs s'adjoindre, à l'occasion, par des subventions, quelques-unes des *cliniques libres*, les *écoles dentaires*, etc. Mais, de toutes les adjonctions, il en est quatre qui méritent d'être signalées plus particulièrement : Nous voulons parler de l'*infirmerie des prisons de la Seine*, située à la Santé, du *quartier des vénériennes* à la prison de Saint-Lazare et des Asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet. On trouverait dans le premier des matériaux importants au point de vue de l'*anthropologie criminelle* et de la *médecine légale*; — dans le second de nouvelles richesses pour l'enseignement des *maladies vénériennes*; — dans les derniers, les moyens d'étudier les phénomènes du retour de la maladie à la santé, le début des rechutes et les accidents de la convalescence. La première réforme qui s'impose, c'est de confier ces services à des médecins des hôpitaux (1) et à des internes des hôpitaux.

Les asiles de la Seine, eux aussi, devraient rentrer dans cette organisation. Déjà, les quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière appartiennent à l'Assistance et les chefs de services, ainsi que les internes, ont la même origine que leurs collègues des autres hôpitaux. Mais il faut qu'il en soit de même pour les médecins et les internes des asiles proprement dits : Asile clinique (Ste-Anne), Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse, et même la Maison nationale de Charenton; c'est-à-dire qu'il faut que tous les chefs de service soient recrutés par le même concours que les médecins aliénistes de Bicetre et de la Salpêtrière, dont les conditions sont analogues

(1) Il va de soi qu'il ne s'agit pas de déposséder brutalement les titulaires actuels, mais de les mettre à la retraite a 65 ans comme les médecins des hôpitaux et de les remplacer au fur et a mesure des vacances, soit par l'âge, soit par décès, par des médecins des hôpitaux.

aux concours des médecins, des accoucheurs et des chirurgiens des hôpitaux.

Pour aider à la réalisation de cet enseignement municipal — outre les mesures que nous venons de mentionner, il en est une autre dont nous avons déjà parlé souvent et que nous avons dans le temps signalé à l'attention du Conseil municipal. Voici en quoi consiste cette mesure: il faudrait accorder un supplément d'indemnité aux médecins actuels qui font un enseignement libre dans les hôpitaux et imposer aux futurs chefs de service des hôpitaux, l'obligation de faire des cours cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements, de gynécologie, d'aliénation mentale, etc., etc.

Cette réforme sur laquelle nous appelons depuis si longtemps l'attention et malheureusement sans succès, s'impose aujourd'hui si nous ne voulons pas voir déchoir notre réputation scientifique. L'urgence est d'autant plus grande que dans ces dernières années le nombre des cours libres dans les hôpitaux a sensiblement diminué, et que les services où les étudiants trouvent un enseignement pratique sérieux deviennent de plus en plus rares.

Le personnel nécessaire pour l'enseignement de la *matière médicale*, de la *pharmacologie*, de la *physique* et de la *chimie médicales* existe nombreux et à la hauteur de sa tâche : il suffit de faire appel aux pharmaciens en chef des hôpitaux.

Une telle organisation ramènerait en foule, chez nous, les étudiants étrangers, grandirait notre réputation scientifique et ferait le plus grand honneur aux représentants élus de la ville de Paris.

Nous avons énuméré rapidement les voies et moyens qui rendent très facile la création de l'Ecole municipale de Paris et indiqué quelques-unes des mesures qui concernent les chefs de service, nous allons maintenant examiner les modifications apportées récemment ou qui devraient être apportées dans l'organisation des concours auxquels prennent part les *étudiants en médecine*.

Nous ne dirons rien de l'*externat*, dont le concours est resté le même et poursuit modestement et sans bruit sa carrière.

L'*internat*, au contraire, doit nous arrêter longuement. La question de la *limite d'âge* doit être définitivement fixée à la fin du concours actuel. Il faut que tous les candidats futurs sachent à quoi s'en tenir. Nous avons dit les raisons qui nous paraissent plaider en faveur de la tradition libérale qui avait existé jusqu'à cette année, sans soulever de réclamation de la part des intéressés; nous n'insisterons pas (1).

De même que nous réclamons une communauté d'origine pour les chefs de service des établissements hospitaliers de Paris et du département de la Seine et que nous demandons leur concours actif au point de vue de l'enseignement, de même nous croyons qu'il y aurait de réels avantages à recruter tous les *internes* par un concours unique. Les concours spéciaux, qui sont tout à fait justifiés quand il s'agit de médecins qui aspirent aux fonctions de chefs de service, sont, au contraire, déplorables pour les étudiants en médecine, que l'on oblige à se spécialiser prématurément, avant d'avoir acquis les connaissances générales, théoriques et pratiques, indispensables pour faire un véritable médecin, et, à plus forte raison, pour être plus tard chef de service et chargé d'un enseignement.

Il y a encore peu d'années, les internes des asiles d'aliénés de la Seine, ceux du Dépôt et de la Maison nationale de Charenton étaient nommés directement par l'administration préfectorale ou par les bureaux du ministère de l'intérieur. Le Conseil général de la Seine a fini, en persistant énergiquement, par obtenir le concours pour les internes des asiles, et, l'an dernier, à la suite d'observations présentées par nous, le ministre de l'intérieur a fait procéder pour la première fois à la nomination au concours des internes de la Maison de Charenton. Mais, dans les deux cas, nous n'avons eu qu'une demi satisfaction en dépit de nos efforts, car, au lieu de recruter les internes des asiles et ceux de Charenton par le concours de l'internat des hôpitaux, on a institué des *concours spéciaux*. Toutefois, l'opinion que nous avons toujours soutenue a fait du chemin, et, l'an dernier, les juges du concours de l'internat des asiles, parmi lesquels figuraient M. Rendu, médecin des hôpitaux, et M. Bouilly, chirurgien des hôpitaux ont, à l'unanimité, émis le vœu que, à l'avenir, les internes des asiles fussent recrutés par le concours de l'internat des hôpitaux. Ce vœu a été transmis, par l'administration préfectorale, à la Commission de surveillance des asiles qui l'a adopté. Mais, en raison de nos complications administratives, il a fallu soumettre cette proposition à l'Assistance publique. Or, bien qu'il se soit écoulé plusieurs mois depuis cet envoi, le Conseil de surveillance de cette administration n'a pas encore formulé son opinion et, cette année encore, les internes des asiles seront nommés par l'ancien concours spécial. Nous espérons que M. le Directeur de l'Assistance publique s'empressera de donner à son Conseil toutes les raisons qui ont entraîné la conviction des juges, des membres de la Commission de surveillance et de l'Administration préfectorale, et qu'il lui fera comprendre qu'une solution favorable ne peut que faire honneur à l'Assistance publique et n'entraîne pour elle aucun sacrifice.

Si la réforme que nous signalons depuis plus de 10 ans était accomplie, en d'autres termes, s'il n'existait qu'un seul corps de l'internat, on verrait, dans le cours des quatre années de leurs fonctions, les internes se préparer en vue de leurs spécialités futures : médecine, accouchements, maladies nerveuses et mentales, chirurgie. C'est précisément en vue de cette *spécialisation terminale* que nous avons insisté bien des fois pour que le concours de la médaille d'or fut modifié. Jusqu'à ce jour, les règlements de l'Assistance publique accordent à l'interne de 4e ou de 3e année qui a la médaille d'or de faire *deux années* de plus d'internat *dans le service qu'il lui convient de choisir* et la faculté de concourir de suite pour le Bureau central. Si cette dernière prérogative ne lèse personne, il n'en est pas de même de la première qui a pour résultat de nuire à deux internes, en général de 4e année, auxquels le lauréat enlève, dans des services avantageux, les places qu'il avaient choisies pour terminer leur internat, les obligeant à prendre les services laissés vacants par leurs collègues de 4e, de 3e et de 2e années. Il y a là une injustice criante. Afin de la faire cesser, nous avons demandé, en 1881, qu'il fut créé, pour les internes des hopitaux, des *bourses de voyage* analogues à celle que nous avions fait voter en 1880 par le Conseil général pour les internes des asiles d'aliénés. Depuis lors, nous n'avons cessé de poursuivre cette campagne (1). En décembre 1883, M. le Dr Déjerine, dans le remarquable discours qu'il prononça au nom du jury des

(1) Voir *Progrès médical* nos [illegible], 12, et 13.

(1) Voir, entre autres, les *Numéros des étudiants* de 1881 (p. 869), de 1882 (p. 848), de 1883 (p. 895), de 1884 (p. 896), de 1885 (t. II, p. 36[illegible]), de 1886 (p. [illegible]37); — 1885, p. 37.

prix de l'internat, insista sur la nécessité de cette transformation (1). Le 8 janvier 1884, MM. Moutard-Martin et Nicaise, membres du Conseil de surveillance, adressaient à M. le Directeur de l'Assistance publique une lettre dans laquelle ils disaient que le « privilège actuel de la médaille d'or est tel qu'il porte préjudice à deux internes que le lauréat a le droit de déplacer... et qu'il serait préférable de donner à la médaille d'or des avantages qui ne portassent préjudice à personne (2). » La publication de cette lettre venant après nos réclamations multipliées a enfin attiré l'attention de l'Assistance publique sur les modifications à apporter au concours de la médaille d'or. L'honorable M. Peyron a présenté à son Conseil de surveillance un mémoire sur cette question, et dans sa séance du 29 juillet dernier, ce Conseil a émis l'avis qu'il y avait lieu :

« De décider que cette année : 1° le concours de la médaille d'or sera facultatif ; — 2° deux des bourses de voyage prévues au budget seront attribuées aux internes lauréats, savoir : l'une à la médaille d'or, en remplacement d'une des deux années supplémentaires d'internat que le Règlement accorde à cet élève, et l'autre à la médaille d'argent..... »

Nous aurions mauvaise grâce à ne pas reconnaître que l'Administration a fait un pas dans la bonne voie. La décision est prise pour le concours *de cette année*, qui a lieu dans les conditions fixées par l'avis qui précède. Avant le concours de 1888, le Règlement sera définitivement établi. Nous espérons que, alors, la bourse de voyage remplacera *complètement* les avantages actuels de la médaille d'or et qu'il ne sera accordé *aucune année supplémentaire* au lauréat, c'est-à-dire qu'il n'y aura plus d'injustice commise. Toutefois, au lieu de deux bourses nous souhaitons d'en voir créer TROIS — et, suivant nous, il conviendrait de diviser les concurrents en trois catégories : *médecine*, *chirurgie*, *accouchements*, et d'accorder une bourse de voyage à chacune de ces catégories (3), analogue à celle qui est donnée aux internes *aliénistes*.

Nous avons pensé qu'il était intéressant d'exposer ces idées dans un numéro destiné plus spécialement aux étudiants, candidats actuels ou futurs aux concours de l'Assistance publique, et nous terminerons par une proposition nouvelle qui, croyons-nous, rendrait service à beaucoup d'internes. Aujourd'hui les règlements défendent aux internes en médecine de passer leur thèse de doctorat avant la fin de leur quatrième année. Tout interne qui, avant ce terme, passe sa thèse, est considéré comme démissionnaire. Eh bien ! nous croyons que c'est là une faute et qu'il y aurait tout intérêt pour l'Administration à laisser à cet égard toute latitude à ses internes. Peut-être, dira-t-on que les internes-docteurs feront de la clientèle. Cela est possible, mais ce ne sera pas dans une proportion sensiblement plus grande qu'aujourd'hui. On ajoutera peut-être aussi qu'ils feront moins bien leur service. Sur ce point, l'Administration est absolument maîtresse. Elle a le devoir, — et il est bon de le lui rappeler, — d'exiger que le service médical, les *chefs de service* aussi bien que les *internes*, s'acquittent de leurs fonctions avec zèle, exactitude et dévouement.

(1) Voir *Progrès médical*, 1884.

(2) Cette lettre a été publiée le 19 février 1886 par la *Gaz. hebdomadaire* (p. 130).

(3) Nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur cette question et de parler de la bourse de voyage proposée pour les internes en pharmacie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888).

Cours d'hiver.

Les Cours du semestre d'hiver ont lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 Novembre 1887.

Physique médicale : M. GARIEL. — Electricité. Optique. Notions générales. Applications à la physiologie. Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit Amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. DIEULAFOY — Maladies de l'appareil digestif. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Chimie médicale : M. GAUTIER. — 1° Chimie minérale. — Applications médicales des métalloïdes et des métaux. Jeudi, samedi, à 11 heure (Grand Amphithéâtre). — 2° Chimie physiologique : Principes constitutifs des êtres vivants. — Nutrition générale. Mardi à 1 heure (Grand Amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale : M. LANNELONGUE. — La chirurgie de la tête : Face, crâne et encéphale. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Opérations et Appareils : M. DUPLAY. — Traitement des maladies des organes génitaux et urinaires chez l'homme et chez la femme. — Opérations qui se pratiquent sur ces organes. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Histologie : M. Mathias DUVAL. — Le sang et les vaisseaux ; le muqueuses et les glandes ; l'appareil génito-urinaire et les éléments de la génération. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie pathologique : M. CORNIL. — Anatomie pathologique générale. — Altération des cellules. — Inflammations. — Mortifications. — Dégénérescences. — Néoplasmes. — Parasites végétaux bactéries et animaux. Lundi, vendredi, à 5 heures, Faculté (Grand Amphithéâtre). Mercredi, à 1 heure 1/2 (Ecole pratique). — Lésions des os et articulations. — Autopsies (voir l'affiche spéciale). (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu).

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie : M. LABOULBÈNE. — Harvey et la circulation du sang. — Histoire des maladies parasitaires (suite). Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Conférences de Médecine légale : M. BROUARDEL. — Conférences de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques.

Cliniques médicales : M. G. SÉE, à l'Hotel-Dieu, lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures 1/4.
— M. POTAIN, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures.
— M. JACCOUD, à la Pitié, mardi et samedi, à 9 h. heures 1/2.
— M. PETER, à l'hôpital Necker, mercredi et vendredi, à 9 heures 1/2.

Cliniques chirurgicales : M. RICHET, à l'Hotel-Dieu, mardi et samedi, à 10 heures.
— M. VERNEUIL, à la Pitié, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures.
— M. TRÉLAT, à la Charité, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures.
— M. LE FORT, à l'hôpital Necker, mardi et jeudi, à 9 heures.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale M. BALL, à l'asile Sainte-Anne, dimanche et jeudi, à 10 heures.

Clinique des maladies des enfants : M. GRANCHER, à l'Hopital des Enfants-Malades, mardi et samedi, à 10 heures.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. FOURNIER, à l'Hopital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 9 heures.

Clinique des maladies du système nerveux : M. CHARCOT, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 9 heures 1/2.

Clinique ophthalmologique : M. PANAS, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 9 heures.

Clinique d'accouchements : M. N..., M. BUDIN, agrégé, chargé de cours, à la Clinique de la Faculté, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures. *Visite des malades tous les matins.*

Conformément au décret du 30 juillet 188[illegible], des conférences destinées à compléter l'enseignement des professeurs titulaires ont été organisées par le conseil de la Faculté dans sa première réunion du jeudi [illegible] novembre 188[illegible]. — Nous indiquons ci-dessous la nature de ces conférences et le nom des agrégés qui en sont chargés cette année.

Conférences

Anatomie. Cours du chef des travaux anatomiques : M. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Anatomie des régions. Lundi, mercredi, vendredi à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie interne : M. TROISIER, agrégé. — Maladies générales. Fièvres. Lundi, mercredi, vendredi, à [illegible] heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie externe : M. [illegible], agrégé. — Fractures. — Luxa-

tions. — Maladies des os, des articulations. — Maladies des vaisseaux et des nerfs. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Obstétrique : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégé. — Pathologie de la grossesse — Dystocie. — Opérations obstétricales. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

Histoire naturelle : M. BLANCHARD, agrégé. — Etude du parasitisme. — Parasitisme végétal. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre).

Physiologie : M. REYNIER, agrégé. — Digestion et circulation. Lundi, mercredi, vendredi (l'Amphithéâtre ainsi que les heures seront désignés sur l'affiche particulière annonçant l'ouverture de la conférence).

Travaux pratiques.

Anatomie : M. POIRIER, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de midi à 4 heures (15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Histoire naturelle : M. FAGUET, chef des Travaux. — Exercices pratiques : Zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série) ; mardi et vendredi (2e série), de 9 h. à 11 h. (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Chimie médicale : M. HANRIOT, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations — Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2. (Ecole pratique, rue Vauquelin).

Physique médicale : M. GUÉBHARD, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de physique — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures. (Ecole pratique, rue Vauquelin).

Anatomie pathologique : M. BRAULT, chef des Travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations. Tous les jours, à 2 heures, laboratoire des travaux d'anatomie pathologique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Histologie : M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histologie — Conférences et démonstrations Mardi, jeudi, samedi, de 1 h à 3 heures (*Ecole pratique*, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — (Des affiches spéciales annonceront les dates de l'ouverture des cours et des travaux pratiques).

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat et officiat) : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : anatomie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Troisième année : Anatomie, histologie, physiologie, anatomie et histologie pathologiques, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Quatrième année : Pathologie interne, pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 heures et demie à 10 heures.

Semestre d'été.

Voici la liste des professeurs qui font leurs cours pendant le semestre d'été : M. Ch. RICHET (*physiologie*) ; — M. DAMASCHINO (*pathologie médicale*) ; — M. GUYON (*pathologie chirurgicale*) ; — M. REGNAULD (*pharmacologie*) ; — M. PROUST (*hygiène*) ; — M. N.., (*pathologie expérimentale et comparée* ; — M. BAILLON (*histoire naturelle médicale* ;— M. HAYEM (*thérapeutique et matière médicale* ; — M. BUDIN, agrégé, chargé des cours (*accouchements*).

Agrégés en exercice.

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et physiologiques* : MM. Reynier, Rémy (Auguste), Quenu et Poirier.

2e SECTION. — *Sciences physiques et naturelles.* — *Physique* : M. Guebhard. — *Chimie* : M. Hanriot et Pouchet. — *Pharmacologie* : M. Villejean. — *Histoire naturelle* : M. Blanchard (Raphael).

3e SECTION. — *Médecine proprement dite et médecine légale* : MM. Landouzy ; — F. Raymond ; — Troisier ; — Joffroy ; — Hanot ; — Quinquaud ; — Hutinel ; — Robin (Alb.) ; Brissaud, Ballet, Déjerine et Chauffard.

4e SECTION. — *Chirurgie et accouchements.* — *Chirurgie* : MM. Schwartz, Jalaguier et Brun, Peyrot, Bouilly, Reclus, Kirmisson, Segond, Campenon. — *Accouchements* : MM. Budin, Ribemont-Dessaignes et Maygrier.

Travaux pratiques et stage.

Les travaux pratiques, aux termes du décret du 20 juin 1878, sont *obligatoires* pour tous les élèves de 1re année, de 2e année, de 3e, année et de 4e année. Ils sont également obligatoires pour les *officiers de santé*.

Les droits à payer sont ainsi fixés (Décret du 20 juin 1878, article 8) : Elèves de 1re année, 60 fr. — Elèves de 2e année, 40 fr. — Elèves de 3e année, 40 fr. — Elèves de 4e année, 20 fr.

Les travaux pratiques sont facultatifs pour les élèves qui ont 16 inscriptions. Le décret du 14 octobre 1879 détermine les conditions que ces élèves ont à remplir pour pouvoir prendre part à ces travaux. Ce décret porte : « Art. 2. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions pourront, sur leur demande écrite, être admis par le Doyen à prendre part de nouveau à telle ou telle série d'exercices pratiques, moyennant le paiement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire, déterminé par le décret du 31 décembre 1864, pour les frais matériels des exercices facultatifs ; ce droit est payable en un seul terme. » Conformément aux dispositions qui précèdent, les étudiants qui possèdent actuellement 16 inscriptions et qui désirent prendre part aux travaux pratiques doivent adresser au Doyen une demande qu'ils déposeront au secrétariat de la Faculté. Dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire, ils devront verser à la caisse du préposé aux droits universitaires la somme de 40 fr., stipulée plus haut, plus 0 fr. 25 pour le timbre de la quittance. Il leur sera délivré : 1° une quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits ; — 2° une carte d'admission aux exercices pratiques.

Les docteurs français et les étrangers qui désireraient être admis à prendre part aux travaux pratiques devront remplir les mêmes formalités que celles qui sont imposées aux étudiants ayant 16 inscriptions.

Les aspirants à l'*Officiat* sont assimilés aux étudiants pour le doctorat. Les travaux pratiques sont obligatoires.

Les travaux pratiques, comme nous l'avons dit plus haut, sont *obligatoires* pour les élèves des 4 années d'études et *nul ne peut prendre d'inscription trimestrielle* s'il ne produit un *certificat d'assiduité* délivré par le chef des travaux. — Voici, pour chaque année, les exercices (travaux pratiques et stage) que les étudiants (docteurs ou officiers de santé) sont obligés de suivre :

Première année. — Manipulations de physique et de chimie ; exercices d'histoire naturelle.

Deuxième année. — Exercices de dissection et démonstrations d'histologie et de physiologie.

Troisième année. — Comme en seconde année.

Quatrième année. — Exercices de médecine opératoire et d'anatomie pathologique.

Les travaux pratiques de première année durent toute l'année. En deuxième et troisième années, les exercices de dissection ont lieu en hiver : l'admission à ces exercices n'est prononcée qu'après un examen satisfaisant sur l'ostéologie. Les exercices d'histologie sont annuels. Les démonstrations de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été. En quatrième année, les exercices d'anatomie pathologique sont annuels ; ceux de médecine opératoire sont semestriels et commencent le 16 mars.

Le stage hospitalier imposé commence en novembre, à partir de la neuvième inscription ; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Chaque année de stage, déduction faite des deux mois de vacances, est de dix mois de service dans un hôpital. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé :

Premier trimestre : Novembre et décembre, 56 jours.
Deuxième trimestre : Janvier, février et mars, 86 jours.
Troisième trimestre : Avril, mai et juin, 86 jours.
Quatrième trimestre : Juillet et octobre, 56 jours.

Les inscriptions pour le stage sont reçues à l'administration générale de l'Assistance publique, sur le vu d'un certificat de scolarité délivré par la Faculté, ou encore sur la présentation du relevé des inscriptions. En pratique, les certificats d'assiduité aux travaux pratiques sont directement adressés à l'administration de la Faculté, par les chefs des travaux ; les certificats de stage sont fournis directement aussi par l'administration générale de l'Assistance publique. MM. les internes et externes sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier, dans les conditions indiquées aux affiches trimestrielles.

Travaux pratiques (1re année). — Les travaux pratiques de *Physique*, de *Chimie* et d'*Histoire naturelle* commenceront le jeudi 3 novembre 1887. Ils auront lieu pendant le 1er semestre 1887-88, aux jours et heures ci-après désignés ;

1° *Physique* : Mardi, jeudi, samedi, de 4 h à 6 h. du soir, à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin. — Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. GUÉBHARD, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 20 octobre au samedi 5 novembre inclus, de 9 à 11 h. du matin. — 2° *Chimie*: Mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 10 heures et demie du matin, à l'ancien collège Rollin. — Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. HANRIOT, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 20 octobre au samedi 5 novembre inclus, de 9 à 11 h. du matin. — 3° *Histoire naturelle* : lundi et jeudi (1re série); mardi et vendredi (2e série), de 9 h à 11 h. du matin, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. FAGUET, chef des travaux (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de 9 h. et demie à 11 h. du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie). —Passé le 5 novembre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.— En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits. Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en serie par MM. les chefs des travaux.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique (année scolaire 1887-88). — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 17 octobre 1887. MM. les étudiants, pourvus de 12 inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (laboratoire d'Anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours, à partir du lundi 3 octobre 1887, jusqu'au samedi 19 novembre inclus, et de 2 h. à 3 h. de l'après-midi. — Une carte d'admission leur sera délivrée. — Ils sont prevenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Personnel des travaux pratiques.

CHIMIE. — *Chef des travaux* : M. HANRIOT, agrégé. — *Préparateur* : M. Monange; — *Préparateurs adjoints* : MM. Grolous, de Thierry et Bouveault.

ANATOMIE. — *Chef des travaux* : M. POIRIER. — *Prosecteurs* : MM. Broca, Chaput, Boiffin, Hartmann, Lejars, Villemin. — *Prosecteurs provisoires* : MM. Delbet et Potherat. — *Aides d'anatomie titulaires* : MM. Demoulin, Villar, Monprofit, Lyot, Recamier, Sébileau, Thiéry, Jonesco, Chevalier, Rieffel, Legueu, Regnauld, Rollin. — *Provisoires* : Valat, Reboul, Dumoret. — *Chef du matériel* : M. Delahousse.

PHYSIQUE. — *Chef des travaux* : M. Gueblhard; — *Préparateurs adjoints* : MM. Sandoz et Mergier.

HISTOIRE NATURELLE. — *Chef des travaux* : M. FAGUET (1). — *Préparateurs adjoints* : Botanique : MM. Bergé et Blondel ; — Zoologie : M. Artault.

HISTOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. CADIAT, suppléé par M. A. REMY. — *Préparateur* : M. Variot. — *Aides* : MM. Launois, Chatellier, Leroy, Girode et Pilliet.

PHYSIOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. LABORDE. — *Préparateurs* : MM. Rondeau et Gley. — *Aides* : MM. Langlois et N....

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Chef des travaux* : M. BRAULT. — *Préparateurs* : MM. Chantemesse, Toupet, N.... — *Aides* : MM. Widal, Marfan et Clado,

Inscriptions. Formalités à remplir.

I. *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, dans le cabinet du Doyen, du samedi 15 octobre au mardi 15 novembre inclus. Le dossier scolaire de ces Elèves sera constitué conformément aux règles établies ci-dessous (articles 3 et 23 du décret en date du 30 juillet 1883) Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'Etudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des Droits universitaires.

II. *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883 fixant le régime des Cours dans les Facultés et écoles supérieures de plein exercice et préparatoires). — Art. 1er. — Un règlement préparé par la Faculté et approuvé par le Recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscriptions à chaque trimestre. Les bacheliers reçus à la session de novembre, et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Le registre est clos par le Doyen et visé par le Recteur de l'Académie ou par son délégué.

Art. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'Etudiant ne peut en aucun cas faire prendre ses inscriptions par un mandataire. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre une inscription après la clôture du registre. Pour des motifs graves, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions avant le 15 janvier. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou Ecole après le 1er janvier. En aucun cas, l'Etudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Art. 3. — Tout Etudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer : 1° Son acte de naissance; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur. (La signature doit être légalisée.) 3° Les diplômes exigés par les règlements.

Les aspirants au Doctorat doivent produire les diplômes suivants (Décret du 20 juin 1878) : 1° Baccalauréat ès lettres ; 2° Baccalauréat ès sciences (complet ou restreint ou de l'enseignement secondaire spécial); 2° Les aspirants à l'Officiat doivent (Décret du 30 juillet 1886), à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études spécial délivré par le Recteur. Les candidats qui auront obtenu avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire, complété par l'examen scientifique portant sur les éléments de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle, conformément au programme de l'enseignement secondaire spécial, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études spéciales délivré par le Recteur et institué par le décret du 30 juillet 1886.

Art. 4. — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Art 6. — Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour une autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine, l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée sans recours par la Faculté à laquelle appartient l'étudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculte dans une autre, ou dans une Ecole, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : 1° Son acte de naissance ; 2° Un certificat de scolarité, délivré par le Doyen et visé par le Recteur; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournement, stage, travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis d'une Faculté à une autre, par les soins du Recteur. En cas de refus du Doyen de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquete.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté. Les inscriptions d'officiers de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de Doctorat pour les élèves en cours d'études ; cette conversion pourra être autorisée en faveur des Officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins. — Décret du 20 juin 1878.

1er trimestre de l'année scolaire 1887-88. — Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

I. Inscriptions : Le registre d'inscriptions est ouvert depuis le jeudi 13 octobre. Il sera clos le samedi 19 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21, samedi 22, mercredi 26, jeudi 27, vendredi 28 octobre, et les jeudi 3, vendredi 4, samedi 5 novembre. La neuvième inscription de doctorat et la cinquième inscription d'officiat, seront délivrées aux mêmes jours. 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12, mercredi 16

(1) Loin d'être docteur en médecine, M. Faguet n'est même pas, que nous sachions, en possession du moindre titre universitaire. On ne comprend donc guère son maintien à la tête d'un service aussi important que celui des travaux pratiques; il participe à l'enseignement sans avoir à cela le moindre titre. Il serait temps de remédier à cet état de choses et d'assurer enfin la bonne organisation des travaux pratiques, en donnant leur direction à un naturaliste.

jeudi 17, vendredi 18 et samedi 19 novembre. MM. les Etudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 8 novembre 1887.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1886-87. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. Consignations pour examens : Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 10 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 10 et le mardi 11 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. Travaux pratiques : Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite : 1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois. (Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. Cartes d'étudiant : Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1887-88, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Ecole pratique. *Semestre d'hiver.*

Exercices de dissection, sous la direction de M. P. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre.

Les pavillons de dissection sont ouverts à partir du jeudi 3 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon. — A. Les étudiants de 1re année ne prennent pas part aux travaux anatomiques. B. Les exercices de dissection sont obligatoires, pour tous les étudiants de 2e et de 3e année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets. C. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique) ; 2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à la Faculté).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° Sa feuille d'inscription mise à jour, par le secrétariat de la faculté ; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'école pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Liste des prix de la Faculté de Médecine

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes, sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille en or de 400 fr. Une question de médecine pratique est, *au commencement de chaque année*, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché ; 2° la réponse à la question proposée. — Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents jugés dignes d'obtenir le prix.

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 fr. payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). — Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 30 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girold de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au Secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir. Ces pièces sont reçues jusqu'au 1er juillet.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. Le prix Lacaze sera décerné, en 1888, au meilleur ouvrage sur la *phthisie*.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guilbert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu actuel est de 1,000 fr. ; il est affecté à l'entretien des bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris.

Legs Jeunesse. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 19 février 1877, a légué à la Faculté de médecine de Paris : 1° Une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène ; 2° une somme de 750 fr. pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. En 1887 il y aura lieu de décerner les prix annuel et bi-annuel.

Thèses récompensées. — La Faculté, après examen des thèses qui ont été soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire écoulée, en désigne un certain nombre qui lui paraissent dignes d'obtenir des récompenses. Ces récompenses sont partagées en trois classes, savoir : 1re *classe* : Médailles d'argent ; 2e *classe* : Médailles de bronze ; 3e *classe* : Mentions honorables.

Bourses d'études dans les facultés. — Un arrêté en date du 15 novembre 1877, rendu en exécution de la loi de finances du 29 novembre 1876, institue des *bourses d'étude* dans les Facultés. Les étudiants qui veulent obtenir ces bourses doivent s'inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de 18 ans au moins. Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, en joignant à cette déclaration les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance ; 2° leurs

diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis la sortie de ces établissements ; 4° un certificat du chef ou des chefs desdits établissements contenant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans les cours de ces classes et des renseignements sur la situation de fortune de ses parents. La note *bien satisfait* pour le dernier examen est exigée.

Les bourses sont données au concours. Les concours ont lieu chaque année, au siège de la Faculté, vers la fin d octobre. Les sujets de concours sont déterminés chaque année par le Ministre de l'instruction publique sur la proposition des Facultés (1). Les bourses sont conférées par le Ministre pour un an. Les boursiers qui aspirent à la conservation de leurs bourses sont tenus de recommencer ce concours chaque année. Le montant de la bourse est de 1,200 francs, payables d'avance, sur états émargés par les ayants droit. Le titre de boursier ne peut être cumulé avec un emploi rétribué.

Concours de 1887. — Par arrêtés du 19 septembre 1887, insérés au *Journal officiel* du 20, M. le Ministre a fixé au *mardi* 25 *octobre*, l'ouverture des Concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine. — Les registres d'inscription ont été clos le samedi 15 octobre, à 4 heures ; les compositions durent 4 heures, de 8 heures à midi. — Les candidats pourvus de 8 inscriptions doivent justifier de leur assiduité aux exercices pratiques. — Les élèves du service de santé militaire peuvent obtenir des bourses, mais seulement jusqu'au moment où l'administration de la guerre leur alloue une indemnité, c'est-à-dire pendant les trois premières années de leurs études. Ils doivent être exclus du concours, s'ils ont douze inscriptions. — Les étudiants pourvus de 16 inscriptions sont également susceptibles d'être nommés boursiers durant les deux années qui suivent la 16e inscription. Mais, pour pouvoir prendre part au concours en vue d'une seconde année de bourse, il faut qu'ils aient fait acte de scolarité, c'est-à-dire qu'ils aient subi un examen probatoire avec la mention Bien. — En conséquence, les étudiants qui, pourvus de 16 inscriptions, ont obtenu une bourse pour 1886-87, ne pourront subir les épreuves du concours du 25 octobre prochain qu'autant qu'ils justifieront avoir passé un examen, et dans les conditions déterminées par le règlement.

Bourses de voyage. — Tous les ans, le Conseil municipal de Paris met à la disposition de l'*Ecole des hautes Etudes*, à laquelle se rattachent quelques-uns des laboratoires de la Faculté de médecine, des bourses de voyages.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

Jardin botanique et laboratoire d'histoire naturelle. — Directeur : M. le professeur Baillon ;—Préparateur des cours : M. Mussat ; — Préparateur du laboratoire : M. Joly. — *Le Jardin botanique*, situé rue Cuvier, n° 12, est ouvert du 15 mars au 1er novembre, sauf les dimanches et les jours fériés, de 6 heures du matin à 6 heures du soir.

Musées. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 10 heures du matin à 4 heures en hiver et 5 heures en été. *Conservateur délégué* : M. Cadiat. Nous apprenons que la Faculté est décidée à donner à ce musée une importance que, depuis longtemps, il avait perdue. On y a installé un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter.

2° *Musée Dupuytren*, à l'École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. *Conservateur délégué* : M. Gombault. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

L'installation matérielle de ce musée est défectueuse et la place insuffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, espérons-le, nous donneront un local vaste, suffisamment aéré, où la lumière pénétrera largement. La richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle, qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en retireraient pour l'étude de tous les types pathologiques ! Pour apprendre, il faut voir et comprendre, et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les Cliniques, on ne peut tout voir Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren.

Bibliothèque. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 5 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures du soir. Il serait vivement à désirer que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à 6 heures du soir, car, le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle de la fermeture (5 heures) et celle du dîner, est à peu près perdue pour les étudiants. Depuis deux ans, grâce à notre insistance, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. Hahn ; — *Bibliothécaires-adjoints* : MM. Corlieu et Petit ; — *Sous-Bibliothécaires* : MM. Thomas et Gouault.

En attendant la nouvelle construction de ses nouveaux bâtiments, qui marche avec une trop grande lenteur, la Faculté a utilisé les maisons expropriées, rue de l'Ecole-de-Médecine, jusques et y compris l'ancien café de la Rotonde, et y a installé provisoirement : au rez-de-chaussée, un vaste laboratoire de chimie ; au 1er étage, des salles d'examen, ce qui rend libre le musée Orfila. De plus, on a installé dans l'ancienne maison Chardon, rue Hautefeuille, au rez-de-chaussée, le laboratoire de thérapeutique ; au 1er, le laboratoire de pathologie expérimentale, et le cabinet de physique ; enfin, le 2e étage sert de dépôt à une immense quantité de livres autrefois entassés dans des greniers. Ces services seront prochainement transférés à l'école pratique, sauf le cabinet de physique, le laboratoire de chimie et les salles d'examen

Avis a mm. les étudiants. — Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet (au 1er étage) le mardi à 4 heures 1/2, et le *Secrétaire* les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de 2 heures à 3 heures.

Laboratoires.

Laboratoires de la Faculté. — *Anatomie* : professeur, M. Farabeuf. — *Médecine opératoire* : professeur, M. Duplay ; préparateur, M. Cazin. — *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. N.... ; chef de laboratoire, M. Pinet ; préparateur, M. Bonnot. — *Thérapeutique* : professeur, M. Hayem ; chef du laboratoire, M. Roussy ; préparateur, M. Winter. — *Pharmacologie* : professeur, M. Regnauld ; chef de laboratoire, M. Villejean ; préparateur, M. Héret. — *Physique* : prof., M. Gariel ; préparateur, M. Weiss. — *Chimie* : prof. M. A. Gautier ; chef des travaux, M. Bémont ; préparateurs, MM. Fauconnier et Chabrié. — *Médecine légale pratique* : prof., M. Brouardel ; chef des travaux, M. Descoust ; chef des travaux chimiques, M. Ogier ; chef des travaux anatomo-pathologiques, M Vibert : préparateur, M. Paul Loye. — *Botanique* : professeur, M. Baillon ; préparateur, M. Mussat. — *Tératologie* : directeur, M. Dareste. — *Pathologie générale* : professeur, M. Bouchard ; chef de laboratoire, M. Charrin ; préparateur, M. Roger.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du Budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires. — Il y a encore le laboratoire de chimie de la Faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — Ce laboratoire, annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté, a été ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaires, sous la direction de MM Gley, chef de laboratoire ; E. Hardy, chef adjoint des travaux chimiques ; aides, MM. Rémy (Albert) et Lapicque. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs Sée et Richet, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'Administration hospitalière. — Chef de clinique médicale, M. Durand-Fardel. — Chef de clinique chirurgicale, M Castex.

Laboratoire de la clinique d'accouchements. — Chef de clinique, M. Loviot ; Chef du laboratoire : M. Galippe ; préparateur, M. Para.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié : Chef de clinique : M. Guinard ; chef du laboratoire, M. [illegible]. — *Laboratoire de clinique médicale* : Chef de clinique, M. Bo[illegible]y, chef du laboratoire, MM. Berlioz et Du[illegible].

Laboratoire de clinique médicale de la Charité. — Chef de laboratoire : M. Gaucher ; chef des travaux chimiques, M. Esbach ; chef des travaux anatomiques, M. Suchard ; chef de clinique, M. Sa[illegible]lier. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité* : Chef

(1) Pour les questions données en 1885, voir *Progrès médical* 1885 : questions écrites, n° 44, p. 330 ; questions orales, n° 45, p. 406. *Concours de* 1886. — Elèves à 4 inscriptions : *Tuyaux sonores* ; — *le soufre et ses composés oxygénés* : — *la graine*. — Elèves à 8 inscriptions : *Tibia et péroné* : — *muscles de la jambe* : — *articulation tibio-tarsienne*. — Elèves à 12 inscriptions : *Le cœur* ; — *circulation intra-cardiaque* ; — *fibres musculaires striées et lisses*. — Elèves à 16 inscriptions : *Méningite tuberculeuse* ; — *hernie ombilicale*.

de laboratoire, M. Latteux ; aide de laboratoire, M. Dubar; chef de clinique, M. Barette.

Laboratoire de clinique médicale de Necker.— Chef des travaux d'anat. path., M. Richardière ; Chef de clinique, M. Martinet. — *Laboratoire de clinique chirurgicale :* Préparateur, M. de Gennes ; aide-préparateur, M. Archambauld. — Chef de clinique, M. Germont.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Prof.: M. Charcot,—Chef de clinique : M. Gilles de la Tourette ; adjoint, M. Berbez.—Chef du laborat. : M. P. Richer.—Chef des travaux anatomiques : M. Marie.—*Ophthalmologie :* M. Parinaud. *Electrothérapie*, M. Vigouroux. — *Travaux chimiques et photographie* : M. Londe. — *Moulages :* M. Hubel. — *Laboratoire de clinique des maladies des enfants :* Chef du laboratoire, M. Germont. — Préparateurs, MM. Lhomme et Chautard. — Chef de clinique, M. Queyrat. — Chef de clinique-adjoint, M. Legendre.

Laboratoire de clinique ophthalmologique. — Chef adjoint de laboratoire, M. Vassaux. — Chef de clinique, M. Valude.

Laboratoire de clinique des maladies mentales.— Chef de laboratoire, M. Bellangé; aide, M. Lefèvre. — Chef de clinique, M. Pichon.— *Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.*— Chef de laboratoire, M. Darier ; préparateur, M. Pouchet ; chef de clinique, M. Morel-Lavallée.

Avis divers.

1° *Versement des droits afférents aux études médicales.* — Les étudiants ou leurs familles ont la faculté d'effectuer le versement des droits afférents aux études médicales à la caisse du receveur des droits universitaires (53, rue Saint-Jacques, à Paris) ou dans les départements, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Ce versement a lieu sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté (art. 1 et 4 du décret du 25 juillet 1882). Dans le cas où le versement se fait en province, il en est délivré un recépissé à talon qui doit être adressé immédiatement au secrétaire de la Faculté.

2° *Bulletins de versement pour inscriptions et consignations. — Jours et heures auxquels ils sont délivrés.* — Les bulletins de versement des droits de travaux pratiques et de bibliothèque correspondants aux inscriptions trimestrielles sont délivrés aux dates et jours indiqués par des affiches spéciales. Les bulletins de versement des droits de consignation pour les examens sont délivrés les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. Les limites des consignations pour les examens sont portées à la connaissance de MM. les étudiants, par voie d'affiche spéciale, au commencement du deuxième trimestre de l'année scolaire.) En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les dates et jours de consignation sont indiqués par les affiches relatives au quatrième trimestre de l'année scolaire.

3° *Annulation des bulletins de versement.* — Sont annulés les bulletins de versement dont le montant n'a pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne sont renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du doyen.

4° *Remboursement des consignations pour examens. — Motifs de la restitution des droits consignés.* — Le remboursement des consignations intégral ou partiel a lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, ou aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances sur la production, par l'ayant droit : 1° De la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif du versement; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté, énonçant les motifs de la restitution des droits consignés (art. 8 du décret du 25 juillet 1882, et circulaire du ministre des finances en date du 29 septembre 1882). Les ordres de remboursement sont délivrés tous les jours, au Secrétariat, de midi à 3 heures. Le remboursement des consignations est partiel ou intégral. Il est partiel dans le cas d'ajournement ou d'absence à un examen; il est intégral dans diverses circonstances (renonciation aux études, maladie, etc.). Les absences aux examens pour cause de maladie peuvent être excusées sur présentation d'un certificat médical délivré par un professeur ou agrégé de la Faculté, ou bien par un médecin ou chirurgien des hôpitaux. Le certificat médical doit être produit soit avant les examens, soit dans les 48 heures qui suivent. Les absences aux examens pour tout autre motif sont appréciées par le doyen, par la commission scolaire, ou par les jurys des examens.

5° *Mise en séries des candidats aux examens.* — Les candidats inscrits pour subir leurs examens sont placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Dans le cas de consignation des droits d'un examen par la famille, l'étudiant n'est appelé à subir cet examen que sur sa déclaration écrite et consignée sur le registre ouvert à cet effet au Secrétariat de la Faculté. La mise en séries des candidats aux examens a lieu quinze jours au moins et trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer, et enfin, pour expédier les convocations.

6° *Thèses de doctorat. — Mise en séries.* — MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse sont priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

1° Dépôt, au Secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du président choisi par le candidat. Ce dépôt a pour but : *a)* De s'assurer si toutes les formalités ont été accomplies dans la rédaction de la thèse; *b)* de soumettre le manuscrit au visa de M. le recteur, qui donne le permis d'imprimer. (Cette dernière formalité a lieu dans les 24 heures.)

2° Remise, au Secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : *a)* Le nom du candidat de la thèse; *b)* la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. — Le candidat complètera cet engagement par une note signée par lui et renfermant : *a)* Le nom du président de la thèse; *b)* l'indication du sujet de la thèse; *c)* le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. — L'engagement de l'imprimeur doit être remis au plus tard le vendredi qui suit la consignation. La mise en séries a lieu dans les 15 jours ou trois semaines qui suivent, mais toujours 5 jours au moins après la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les 166 exemplaires imprimés.

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, les nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat, et, au verso, la liste des professeurs agrégés en exercice. — Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

4° Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 163 exemplaires de la thèse, à la Faculté, de 2 heures à 4 heures de l'après-midi. MM les candidats qui n'auraient pas rempli les conditions énoncées dans les art. 1 et 2 ne seront point placés au tableau des actes. Ceux qui, après avoir été placés au tableau des actes, ne rempliraient pas les conditions énoncées aux art. 3 et 4, seront considérés comme absents sans excuse, et perdront par suite la somme de 100 francs, montant des droits d'examen.

7° *Consignations pour examens de sage-femme.* —En consignant, les aspirantes au diplôme de sage-femme de 1re classe sont tenues de produire les pièces ci-après :

I. Elèves de la Clinique d'accouchements de la Faculté : 1° certificat d'assiduité aux cours; 2° certificat de stage à la Clinique.

II. Elèves des Maternités et Ecoles d'accouchements : 1° acte de naissance; 2° acte de mariage, s'il y a lieu ; 3° consentement du mari, du père ou tuteur, selon le cas; 4° certificat de bonnes vie et mœurs ; 5° certificat de réception à l'examen primaire établi par l'arrêté du 1er août 1879 ; 6° certificat d'assiduité aux cours ; 7° certificat de stage à la Maternité.

III. Sages-femmes possédant un diplôme de 2e classe : Aux pièces énumérées à l'art. II ci-dessus, elles devront ajouter le certificat d'aptitude de 2e classe.

8° *Cartes d'étudiant, Cartes d'admission aux conférences de médecine légale et à la clinique d'accouchements.* — 1° Les Cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente; 2° Les cartes d'étudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 13e inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu).

9° *Domicile de l'étudiant et de sa famille.*— L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant à la Faculté, sa résidence, celle de sa famille ou de son tuteur, et, s'il survient un changement dans le domicile de l'un ou de l'autre, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration peut être punie de la perte d'une ou de plusieurs inscriptions; — si l'étudiant a toutes ses inscriptions, il pourra être ajourné pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — M. Renard, professeur de chimie à l'école préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours complémentaire de chimie organique à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie.

HOPITAUX

L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE est située avenue Victoria, n° 3 et quai de Gesvres, n° 4.—Directeur M. PEYRON.— Secrétaire général, M. N.... — Chef du bureau du personnel et du service de santé, M. GROU.

NOUVEL-HÔTEL-DIEU, Parvis Notre-Dame : 559 lits. — *Médecins* : M. G. SÉE. Salles Saint-Christophe, Sainte-Jeanne. Visite à 8 h. 1/2 ; consultations le mardi. — M. EMPIS. Visite à 7 h. 1/2, salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine ; consultations le lundi.— M. BUCQUOY. Visite à 9 h. Salles Saint-Augustin, et Sainte-Monique ; consultations le vendredi. — M. DUMONTPALLIER. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Louis et Sainte-Marie; consultations le mercredi. Maladies des femmes et consultation les lundis et vendredis. Leçons cliniques, à l'Amphithéâtre de gynécologie, les mardis et samedis de chaque semaine. — M. MESNET. Visite à 9 heures. Salles Saint-Denis et Sainte-Martine; consultations le jeudi. — M. PROUST. Visite à 9 heures. Salles Saint-Thomas et Sainte-Anne; consultations le samedi. — *Chirurgiens* : M. RICHET. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Salles Saint-Jean, Saint-Landry et Notre Dame. — M. TILLAUX. Visite à 8 heures 1/2; consultations les mardis, jeudis et samedis, salles Sainte-Marthe et Saint-Côme. — M. PANAS. Visite à 9 heures Salles Saint-Julien et Sainte-Agnès (Maladies des yeux). Consultation tous les jours. — *Cliniques de la Faculté* : MM. G. SÉE, RICHET et PANAS, professeurs. M. G. SÉE les lundis, mercredis et vendredis. M. RICHET les mardis, jeudis et samedis. — Chef de clinique chirurgicale, M. CASTEX. Chef de clinique médicale, M. DURAND-FARDEL. Chef des laboratoires, M. GLEY. Chef des travaux chimiques, M. HARDY. — Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a, de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui seront annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux, M. PANAS. Chef de clinique ophthalmologique, M. VALUDE. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope. Leçons cliniques les lundis et vendredis. Examen ophthalmologique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction.

Bibliothèque. — La bibliothèque des internes, fondée depuis 7 ans, est très belle et compte aujourd'hui plus de 1500 volumes reliés; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877 ; 500 fr. chaque année depuis 1878, jusqu'à cette année. Les internes paient une cotisation mensuelle pour subvenir aux dépenses urgentes.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE, rue d'Assas, 89 : 130 lits (dont 11 de gynécologie) et 53 berceaux. *Accouchements* : M. N... ; Chef de clinique, M. LOVIOT; chef de clinique adjoint, M. BOISSARD.—Leçons : mardi, jeudi et samedi. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur ou la Faculté. Cette latitude qui est, jusqu'à présent, réservée seulement aux étudiants ayant passé leur 3e examen de doctorat sera certainement élargie. Actuellement, les docteurs français et étrangers et les élèves désireux de s'inscrire pour suivre assidûment le service sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce controle indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée, et l'inscription au bureau de la clinique. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en séries pour la pratique des accouchements dans la journée. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous, dans le cas d'intervention opératoire. Le jeudi, consultation de gynécologie; les élèves assistent aux examens au spéculum des malades du dehors et de celles du service. La maison est en outre désignée pour le stage que les élèves sages-femme sont obligées de faire. Elles sont envoyées par la Faculté qui leur délivre une carte.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ, 47, rue Jacob, 51[illegible] lits. — *Enseignement clinique médicale* : M. le professeur POTAIN, Chef de clinique, M. SAPELIER. Visite à 8 heures 1/2. Salles St-Charles (H.) et Sainte-Anne (F.) Consultations le mercredi à 9 h. 1/2. Examen au speculum les jeudis et vendredis à 10 h. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2, Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéatre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis, à 9 h. 1/2. Autopsies pratiquées devant les élèves, au grand amphithéâtre. — *Clinique chirurgicale.* Professeur, M. TRÉLAT. Chef de clinique, M. BARETTE. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 8 h. Salles Sainte Vierge (H.) et Sainte-Catherine (F.). Consultations mardi, jeudi et samedi. — *Chirurgie* [illegible] M. DESPRÉS. Salles Sainte-Rose (F.) et Saint-Jean (H.) Visite des malades à 9 h. Le mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. Consultations les lundis, mercredis et vendredis.— *Médecins* : M. BLACHEZ. Salles Saint-Basile (F.) Sainte-Julie (crèche) et Saint-Louis (H.) Visite à 8 1/2. Consultation le vendredi. —M. FERRÉOL. Salles Sainte-Madeleine (F.) et Saint-Jean-de-Dieu (F). Visite des malades à 9 h. Consultation le mardi. — M. LABOULBENE. Salles Sainte-Marthe (F.) et Saint-Michel (H.) Visite des malades à 8 h. Consultation le lundi. — M. DESNOS. Salles Saint-Vincent (F.), et Saint-Félix (H.) Visite à 9 h. 1/2. Consultation le jeudi.—M. LUYS. Salles Saint-Joseph (F.) et Saint-Ferdinand (H.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi. Consultation le samedi. — *Accoucheur* : M. le Dr P. BUDIN. Salle Sainte-Marie. — Tous les matins à 8 h. 1/2 Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Consultation pour les femmes enceintes tous les jours, à 9 h. 1/2.

Bibliothèque des internes de l'hôpital. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine donnent tous les journaux et thèses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit 400 fr. chaque année du Conseil municipal.

HÔPITAL DE LA PITIÉ, 1, rue Lacépède, 709 lits. — *Médecins* : M. JACCOUD, professeur de clinique médicale de la Faculté. Chef de clinique, M. BOURCY, Salles Jenner (H.) et Laennec (F.) Consultations les mercredis. Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. TROISIER. Salles Cruveilhier (F.), et Monneret (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le samedi. — M. AUDHOUI. Salle Trousseau (F.). et Rayer (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le jeudi. Spéculum le mercredi et le samedi. — M. HUTINEL. Salle Grisolle (F.) et Rostan (H.). Visite à 9 h. Consultations le vendredi. — M. LANCEREAUX. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade, vendredi et samedi. Consultation le mardi. — M. BROUARDEL, Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Consultations le lundi. Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. VERNEUIL, professeur de clinique chirurgicale. Chef de clinique : M GUINARD. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques lundis, mercredis, vendredis. Consultations mardis, jeudis et samedis. — M. POLAILLON. Salles Gerdy (F.) et Broca (H.). Visite à 9 h. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — *Accoucheur* : M. MAYGRIER. Visites tous les matins à 8 h. 1/2 et consultations d'accouchements.

Bibliothèque. — Il existe à la Pitié, une bibliothèque médicale fondée, en 1809, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal, 500 fr. en 1877, 1878 et 1879 ; 400 fr. en 1880 1881, 1882 et 1883; 500 fr. en 1884, 1885, 1886 et 1887. Elle se compose d'environ 1.200 volumes.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières. Elle est ouverte à toute personne désirant suivre les cours; cours pratiques le jour dans les salles, cours théoriques le soir à 8 heures.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE, rue A. Paré : 7[illegible]4 lits, dont 661 pour adultes, 43 pour enfants au berceau plus 4 pour malades à isoler dans le service d'accouchement. — *Médecins* : M. DU[illegible]. Salles Ste-Joséphine (F.) et Saint-Vincent (H.). Visite à 9 h. Consultation le vendredi. — M. SIREDEY. Salles Ste-Claire (F.) et Saint-Jérôme (H.) Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Consultation de gynecologie et spéculum le mercredi. — M. BOUCHARD. Salles Ste Mathilde (F.) et Saint-Landry (H.). Visite à 9 h. Consultation le mardi. Leçons cliniques en hiver. — M. C. PAUL. Salles Ste-Elisabeth (F.) et Saint-Henri (H.). Visite à 9 h. Consult. le mercredi. — M. GOUGUENHEIM. Salles Sainte-Marthe [illegible] Ste-Geneviève (F.), St-Augustin *bis et ter* (H.). Visite à 9 h. Consultation le samedi. — M. GÉRIN-ROZE. Salles Ste-Marie (H.), Saint-Charles (H.). Pavillon d'isolement. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le jeudi. Les consultations pour les malades du *larynx* et les examens laryngoscopiques ont lieu les mardis, jeudis et samedis de 9 h. à 11 h. Leçons cliniques par M. Gouguenheim. — *Chirurgiens* : M. PÉRIER. Salles Ste-Marthe (F.), St-Ferdinand (H.). Visite à 9 h. Opérations et clinique le jeudi. Consultation les mardis et vendredis. — M. B. ANGER, salles Ste-Jeanne (F.), Saint-Louis (H.). Operations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis et jeudis. — M. BERGER. Salles Saint-Honoré (H.) et Saint-Augustin (H.). Consultation les mercredis et samedis ; opérations le vendredi ou le lundi. — M. DELENS [illegible] des maladies des yeux. Consultation et traitement des [illegible] tous les jours à [illegible] heures, sauf dimanche. Salle Sainte-Marthe [illegible] (F.) [illegible] Saint-Ferdinand *bis* (H.). Visite à [illegible] heures. — *Service d'accouchements* : M. PINARD. Salle Sainte-Anne (F.). [illegible] Visite tous les matins, à 9 h [illegible]. Consultation tous les jours, le dimanche excepté. [illegible]

[illegible] par le chef de service, sont organisées par séries pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des accouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hôpital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille femmes par an se présentent pour accoucher et sont reparties entre la salle d'accouchement et les sages-femmes (17) agréées du service de ville.

Bibliothèque des internes en médecine. Installée dans une salle spéciale de travail, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention des 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. de 1878 à 1887. Elle compte environ 1900 v.—Laboratoire de micrographie. (MM. Siredey, Duguet et Paul).

Bibliothèque des internes en pharmacie. — Ils ont reçu en 1886 et en 1887 une subvention de 300 francs pour fondation et entretien d'une bibliothèque à leur usage spécial.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine : 785 lits ; 531 pour la médecine, 152 pour la chirurgie, 76 pour les maladies contagieuses, 26 berceaux.—*Chirurgie.* M. Marchand. Salles Blandin et Broca, (H.), 44 lits ; salle Cruveilhier, (F.), 20 lits ; consultation les mardi, jeudi et samedi. Spéculum le lundi. Opérations le jeudi. Visite à 8 h. et demie.— Service de M. Monod. Salles Dupuytren et Velpeau (H.), 60 lits ; salle Lisfranc, (F.), 24 lits. Consultations les lundi, mercredi et vendredi. Visite à 9 h. Pavillon pour des grandes opérations : deux lits (H.), deux lits (F.) placé sous la direction des deux chirurgiens ; de création récente, ce pavillon d'isolement est très bien compris. — *Médecine.* Service de M. le professeur Hayem : Salle Béhier (H.), 20 lits, Salle Bazin (H.) 20 lits, salle Moiana (F.), 20 lits, salle Vulpian (Crèche) 20 lits et 20 berceaux. Consultations le lundi. Spéculum le mercredi. Visite à 8 h. et demie. Service des maladies contagieuses, 38 lits (H.), 38 lits (F.). — Service de M. Tennesson. Salles Bichat et Malgaigne, (H., 40 lits ; salle Chomel, (F.), 24 lits ; salle Chomel (accouchements), 2 lits et 2 berceaux. Consultations le mardi. Examen au spéculum le vendredi. Visite à 9 heures. — Service de M. Tapret. Salle Broussais (H.), 22 lits ; pavillon Lorain (F.), 30 lits. Examen au spéculum le mardi ; examen au laryngoscope le lundi. Visite à 9 heures. — Service de M. Gingeot. Salle Marjolin. (H.), 33 lits ; salle Roux (F.), 20 lits ; salle Corvisart (F.), 20 lits. Examen au spéculum le lundi. Visite à 8 h. 1/2. — Service de M. Moutard-Martin. Salle Axenfeld (H.), 35 lits ; salle Nélaton (F.), 20 lits ; salle Chomel (accouchement) 2 lits. Consultations le samedi. Visite à 9 h. — Service de M. Landrieux. Salles Louis et Andral (H.), 56 lits ; salle Barth (F.), 24 lits. Consultations le mercredi. Examen au spéculum le samedi. Visite à 9 h. et demie. — Service de M. Hanot. Salle Aran (H.), 27 lits ; salle Rostan (F.), 24 lits. Consultation le vendredi. Examen au spéculum le jeudi. Visite à 9 h. et demie. — Service de M. Raymond, salle Magendie (H.), 37 lits ; salle Grisolle (F.), 24 lits ; salle Grisolle (accouchement) 4 lits et 4 berceaux. Consultations le jeudi. Spéculum le mercredi. Visite à 8 heures 1/2.

Hôpital Tenon, rue de la Chine : 825 lits. — *Médecins.* M. Straus. Visite à 9 heures. Salle Andral (H.), Béhier et Cl. Bernard (F.). Consultation le lundi. — M. Landouzy. Visite à 9 heures. Salles Lelong (H). Bouillaud (F.) et Valleix (crèche). Consultation le mardi. — M. Dreyfus-Brisac. Visite à 9 h. Salles Bichat (H.), Magendie (F.) et Laënnec (F.). Consultation le mercredi. — M. Danlos. Visite à 9 heures. Salles [illegible] (H.), Colin (F.) et Tenon (H.). Consultation le jeudi. — M. [illegible]. Visite à 9 heures. Salles Barth (H.), Couverchel (F.) et Tenon (H.). Consultation le vendredi. — M. [illegible]. Visite à 9 heures. Salle Gérando (H.), Rayer (F.). — M. [illegible]. Salles Parrot [illegible] (H.), et Maurice Raynaud (F.). Consultation le samedi. — M. Barth : Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier (F.). — *Chirurgiens* : M. Peyrot. Visite à 9 heures. Salles Velpeau, Nélaton et Lisfranc (H.), Richard Wallace (F.), Boyer (F.) et Boyer (Crèche). Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Opérations les mardis, jeudis et samedis. — M. Blum. Visite à 9 h. Salles Dupuytren, Montyon, Seymour (H.), Delessert (F.), [illegible] Ambroise Paré (H.) et A. Paré (crèche). Consultation les mardis, jeudis et samedis. Opérations tous les jours. — *Accoucheur* : M. Bar. Visite à 9 h. Consultation pour les [illegible], le lundi et jeudi à 10 h.

Les médecins et les chirurgiens reçoivent une indemnité fixée exceptionnellement à [illegible] fr., en raison de la distance à laquelle est située cet établissement. — Les *internes* sont logés et touchent l'indemnité réglementaire de 600 fr. pour la 1re année, de 700 fr. pour la 2e, de 800 fr. pour la 3e et de 1,000 fr. pour la 4e. Ils reçoivent, en outre, une indemnité mensuelle de [illegible] fr. Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1878), il a été fondé par les internes une *bibliothèque* d'ouvrages de médecine. Un don de 2,000 fr. du Conseil municipal puis une subvention de 500 fr. votée chaque année ont enrichi cette bibliothèque. Les [illegible] fr. par mois au lieu de 30 comme dans les autres hôpitaux excentriques. Bibliothèque : 4,000 volumes.

Hôpital Necker, rue de Sèvres, 151 : [illegible] lits. — *Médecins* : M. le professeur Potain. Chef de clinique, M. [illegible]. Salles St-Luc (H.), [illegible] (F.). [illegible] Consultation le jeudi. Spéculum le samedi. *Laboratoires* du service de clinique médicale : Chef des travaux anatomiques, M. Richardière ; chef des travaux chimiques, M. Caron. — M. Rigal : Salles Saint-Ferdinand (H.), Sainte-Anne (dont 6 lits de crèche) (F.). Consultations le mardi. Spéculum le lundi et le jeudi. — M. Rendu : Salles Saint-Louis (H.), Sainte-Thérèse (F.), Sainte-Eugénie (crèche). Consultations le lundi. Spéculum le vendredi — M. Dieulafoy : Salles St-Jean (H.). Sainte-Eulalie (F.). Consultations le mercredi. Spéculum le vendredi. — La consultation est faite à tour de rôle, les vendredis. par MM. Rigal ou Rendu, les samedis par MM. Peter ou Dieulafoy. — *Chirurgiens. Clinique chirurgicale* : M. le professeur Le Fort. Chef de clinique, M. Beurnier. Salles St-Pierre (H.) et Sainte-Marie (F.). Consultations les lundis, mercredis et vendredis. *Laboratoire du service de clinique chirurgicale* : Chef du laboratoire, M. Degennes. — M. Guyon : Salles Saint-André (H.) et Sainte-Cécile (F.). Consultations les mardis, jeudis et samedis. Saint-Vincent : *Fondation Civiale* pour les maladies des voies urinaires. Leçon clinique et opérations le mercredi, à 9 h. ; leçon au lit du malade et opérations le samedi à 9 h. Le Musée Civiale, nouvellement installé près du service des laboratoires, est ouvert tous les jours pendant l'heure des visites. Outre une nombreuse collection de calculs vésicaux, il renferme encore un grand nombre de pièces intéressantes sur les diverses affections de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

Bibliothèque des internes en médecine.—Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service de Necker, M. Bourneville) et du montant des souscriptions des internes (2 fr. par mois). Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie en 1879 : 1° de la collection des Bulletins de la Société anatomique ; 2° de la *Revue des Sciences médicales* ; en 1880, des Archives de médecine ; en 1881, des Archives de physiologie ; en 1882, des *Bulletins de l'Académie de médecine* et de la *Société de chirurgie* ; en 1886 du *Dict. Dech.* Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée de 1883 à 1887 grâce à une subvention de 500 francs accordée par le Conseil municipal.

Hôpital Beaujon, faubourg Saint-Honoré, 208 : 432 lits. — *Médecins* : M. Millard : salles Saint-Louis (H.) et Sainte-Marthe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les vendredis et les lundis, un sur deux. — M. Guyot : salles Sainte-Claire (F.) et Saint-François (H). Visite à 8 h. Consultations tous les mardis et samedis, un sur deux. — M. Gombault : salles Beaujon (H.) et Sainte-Monique (F.), Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jeudis et les lundis, un sur deux.— M. Fernet : salles Saint-Jean (H.) et Sainte-Hélène (F.). Consultations tous les mercredis et samedis, un sur deux. Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. Léon Labbé. Salles Saint-Félix (H.), Saint-Denis (H.) et Sainte-Clotilde (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis et jeudis. Opérations le mardi. — M. Cruveilhier. Salles Saint-Vincent-de-Paul (H.), Saint-Edmond (H.) et Huguier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis et vendredis. Spéculum jeudi et samedi. Opérations le mercredi — M. Duplay. Salles Saint-Gabriel (H.), Ambroise Paré (H.) et Sainte-Agathe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mercredis et samedis.—*Accoucheur* : M. Ribemont-Dessaignes : salle Sainte-Paule. Visite à 9 h. 1/2. Consultations tous les jours à 10 heures.

Bibliothèque. — La bibliothèque, placée dans un local attenant aux chambres des internes, et qui ne contenait guère que 500 volumes en 1878, en renferme maintenant plus de 2.000, grâce au legs Gubler, à une subvention de 500 fr. accordée chaque année par le Conseil municipal et aux cotisations mensuelles des internes.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques : 386 lits dont 160 qui servent à un service provisoire.— *Médecins* : M. X. Gouraud. Salles Bichat (F.), Lasègue (H.), et Trousseau (H.). Visite à 8 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade — M. X. Gouraud fait chaque année des leçons cliniques du mois de mars au mois de juin. Elles ont lieu le mardi et le vendredi, à 9 h. 1/2. — M. Dujardin-Beaumetz. Salles Chauffard, Woillez, Beau (H.), Briquet et Blache (F.). Salles d'accouchées malades. Visite à 9 h. 1/2 Spéculum le jeudi. Consultation les mardi, jeudi et samedi. *Leçons de clinique thérapeutique*, de séméiologie, de physique et chimie médicales les lundi, mercredi, vendredi. Un laboratoire parfaitement aménagé et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service. — *Chirurgien* : M. Th. Anger. Salles Boyer et Cochin. Il existe de plus un service de baraques comprenant 60 lits d'hommes (salles Nélaton 30 et Chassaignac 30). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Il y a tous les jours, à l'hôpital Cochin, une consultation nombreuse en médecine et en chirurgie. — *Accouchements* : MM. Bailly, pavillon Velpeau. Le pavillon d'accouchements est une annexe de la Maternité. Le chirurgien est professeur-adjoint de la Maternité. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu tous les

matins, à 8 h. 1/2. Il se fait en moyenne à la Maternité de Cochin 60 à 65 accouchements par mois.

La *Bibliothèque* des internes en médecine a reçu du Conseil municipal un don de 1,000 fr. en 1877, de 500 fr. en 1878 et de 400 fr. de 1879 à 1886. En 1887, 400 francs ont été donnés de nouveau.

A la laïcisation, un pharmacien en chef (M. Lafont) et 3 internes en pharmacie ont été ajoutés au personnel médical. Une somme de 600 fr. a été alloué aux élèves en pharmacie pour leur bibliothèque. Elle pourra rendre de plus grands services, quand l'Administration aura adjoint à la salle de garde un local suffisant. Elle compto plus de 400 volumes.

Hôpital Andral, 35, rue des Tournelles : 100 lits. — *Médecin* : M. Debove. Consultations les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. Il comprend aujourd hui 148 lits de médecine pour les maladies chroniques, 52 lits de médecine pour les maladies aiguës, et 60 lits de chirurgie. Le service est fait par des membres du Bureau central : deux médecins, assistés chacun d'un interne provisoire, et un chirurgien assisté de deux internes provisoires. Les salles de médecine sont : hommes, salles Lasègue Parrot, Delpech, Hillairet ; femmes, Cazalis, Gubler, Axenfeld Archambault. Les salles de chirurgie sont : Salles Follin (H.) e Broca (H.). Il n'y a pas encore de service de consultation, la spécialité de l'établissement, Hôpital d'attente pour les épidémies ne comportant pas d'admissions directes.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 181 lits. — *Médecins* : MM. Huchard. Salles Bazin H.) et Louis (F.). Visite tous les jours à 9 h Consultations mardi et vendredi. Le vendredi, consultation spéciale pour les maladies du cœur. — Lacombe. Salles Andral (H.) et Récamier (F.). Consultation lundi et mercredi. — *Chirurgien* : M. Terrier. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.). Consultation mardi, jeudi et samedi. Le mardi, maladie des yeux, des oreilles e du nez. Vaccinations (vaccin de génisse), le lundi à 8 h. du matin.

Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits : 628, dont 20 pour les enfants, crèche.—*Médecins* : M. Ball. Salles Béhier, Larochefoucauld et Becquerel (H.), Broca, Piorry (F.). Consultation, lundi et vendredi. —M. Damaschino. Salles Trousseau et Bayle (H.), Louis et Monneret (F.), Guersant (crèche). Consultation mardi et samedi. — M. Ferrand. Salles Beau et Cruveilhier (H.), Legroux et Quesnay (F.). Consult. mercredi et vendredi. — M. Cornil. Salles Rostan et Grisolle (H.), Chomel et Cl. Bernard (F.). Consult. jeudi et samedi — *Chirurgien* : M. Nicaise. Salles Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.) Boyer (H. et F.). Consultation tous les jours. Il y a en outre 112 lits supplémentaires en cas de besoin, c'est un service temporaire (service d'hiver ordinairement). Dans chaque service il y a deux salles affectées aux maladies chroniques (H. et F.).

Des conférences cliniques ont lieu tous les jours à l'hopital Laënnec, dans le nouvel amphithéâtre, agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. Ces conférences seront reprises au mois de décembre dans l'ordre suivant Lundi, M. Ball. — Mardi, M. Nicaise. — Mercredi, M. Ferrand. — Jeudi, M. Cornil. — Vendredi, M. Damaschino. — Samedi, M Nicaise.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (1). Le laboratoire de M. Damaschino est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hopital ; il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un superbe établissement de bains est ouvert, tant pour le service interne que pour le service externe : on y trouve indépendamment de deux vastes salles (H. et F.), douches, salles de sudation, vapeur, etc., une étuve de désinfection chauffée au gaz.

Hospice de la Salpêtrière, (*Femmes*), 47, boulevard de l'Hopital : 3,171 lits pour les *vieillards* et 720 pour les *aliénées*. — *Médecins* : MM. Charcot et Joffroy. — *Chirurgien* : M. Terrillon. — *Médecins aliénistes* : MM. J. Falret, A. Voisin et J. Voisin. — *Médecin résident* : Dr Séglas. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Charcot, les mardis et vendredis à 9 h. 1/2 ; chef de clinique. M. Gilles de la Tourette : chef du laboratoire M. P. Richer ; prosecteur. M. Féré ; chef du service électrothérapique. M Vigouroux (traitement les mardi, jeudi et samedi à midi ; travaux chimiques et photographiques, M. Londe. — M. Voisin fait, durant l'hiver, un cours sur la médecine mentale et les maladies nerveuses. — M. J. Falret, clinique mentale, le dimanche à 10 h. à partir du 8 novembre. Tous les jeudis, à 9 h., examen clinique des malades.— M. Terrillon fait, durant l'été, un cours de gynécologie.

Un service de *consultation externe* a été ouvert à la Salpêtrière au mois de mai 1881. Le nombre des malades qui s'y présentent chaque jour a démontré l'opportunité de cette innovation, due au Conseil municipal. Il fonctionne de la manière suivante : *Médecine*. Consultation externe. M. Charcot, le mardi, à 9 h. et demie ;—M. Joffroy, le mercredi, à 9 h. et demie ; — M. J. Falret, le lundi, à 9 h. et demie ; — M. Voisin (Auguste), le vendredi, à 9 h. et demie ; — M. J. Voisin, le samedi, à 9 h. et demie. — *Chirurgie* : M. Terrillon, le jeudi, à 9 h. et demie. — La consultation de Médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1887, on a ajouté à l'Infirmerie générale 42 lits pour les malades externes hommes, et l'on a autorisé la réception de quelques malades externes femmes.

Bibliothèque. — Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque* médicale fondée et entretenue par les internes en médecine. Elle se compose actuellement de plus de 1800 volumes, dont 398 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, en 1877, une subvention de 2,000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. de 1878 à 1885, de 600 en 1886.

Les *internes en pharmacie* de cet hospice y font tous les ans des conférences gratuites en vue de la préparation au concours de l'internat en pharmacie. Ils ont fondé depuis quatre ans et entretiennent à l'aide de cotisations mensuelles et d'une subvention annuelle du Conseil municipal une bibliothèque qui, malgré sa récente création, compte déjà plus de 350 volumes ; ils y ont adjoint une magnifique collection de matière médicale, comprenant plus de 500 échantillons.

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre : 1658 lits réglementaires pour les *vieillards*, population réelle 1776 ; 640 lits pour les *aliénés* et les *épileptiques* ; population réelle 944 Dans ce dernier chiffre sont compris 334 enfants épileptiques ou arriérés (ce nombre sera porté à 400 quand les batiments en construction seront achevés). — Infirmerie de l'hospice : *Médecin* : M. Déjerine.— *Chirurgien* : M. Reclus. On reçoit également en chirurgie les blessés du dehors, venant surtout de la commune de Gentilly, où existent beaucoup de carriers. Nous avons insisté pour que l'Administration affectat quelques lits à l'infirmerie de médecine pour les malades du dehors ; ceci a été fait : huit lits. Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundis, mercredis, vendredis, et pour la médecine les mardis, jeudis et samedis.— *Division des aliénés* : 1re section, M. Charpentier. — 2e section, M. Deny. — 3e section, M. Féré. 4e section, M. Bourneville. Médecin adjoint : M. Chaslin.—A Bicêtre, il n'y a pas d'élèves externes, il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis six ans, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a pas eu besoin de recourir aux externes, ni même à de simples étudiants en médecine, pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Néanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre ; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on pourrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été grandis, c'est là un palliatif ; ce qu'il y aurait de mieux à faire serait de construire un pavillon spécial.

Bibliothèque médicale des internes en médecine.—Fondée en 1865, enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1885), elle compte aujourd'hui plus de 2,600 volumes. Cette bibliothèque, déja fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. Les internes de l'hospice ont encore un autre avantage : un sur trois des corps non réclamés reste à l'amphithéâtre et peut servir à la dissection ou à la médecine opératoire. Les internes ont aussi une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement.

Hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149. 593 lits. — Depuis le 1er janvier 1884, la chaire de clinique des maladies des Enfants est transférée de l'hospice des Enfants Assistés à l hopital des Enfants-Malades. M. le professeur Parrot a été remplacé par M. le professeur Grancher en février 1885. — M. Grancher fait des leçons cliniques le mardi et le samedi, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de cours, à partir du mois de novembre. — Consultations spéciales dans le service : maladies des yeux, le mercredi par M. le Dr Trousseau ; maladies des oreilles le lundi par M. Huniez [illegible] du larynx, le lundi par M. le Dr Poyet ; maladies cutanées le vendredi, par M. le Dr Goucher. — Une modification importante a été apportée en l'année 1884, dans la répartition des services de médecine. Jusque-là, quelques médecins avaient des salles exclusivement consacrées au traitement des maladies aiguës, d'autres, moins bien partagés, n'avaient que des salles de chroniques. La translation de la chaire de clinique à l'hopital des Enfants a amené une nouvelle distribution des services. Chaque médecin (ils sont au nombre de cinq y compris le professeur de clinique) a un service d'aigus, un service de chroniques et fait dans la semaine une leçon clinique à l amphithéâtre. M. Labric seul ne fait pas de leçons publiques. — *Médecins* : M. Grancher, professeur. Chef de clinique, M. Queyrat. Chef de clinique adjoint M. [illegible]. Consultation le lundi. Consultation supplémentaire le vendredi à 10 heures à la salle Saint-Thomas pour les maladies de [illegible]. Leçons à 10 heures, le mardi et le samedi. Visite à 8 h. [illegible] Salles Saint-Thomas (G. [illegible] chroniques), [illegible] (F. aiguës), Saint-

(1) Nous pensons que l'Administration va réunir tous ces musées particuliers dans le musée spécial qui a été construit, à la suite d'un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service de [illegible].

Catherine (F. chroniques). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des Enfants est installé au 2e étage du bâtiment de l'horloge. — M. LABRIC. Consultation le vendredi. Visite à 8 heures 1/2. Salles : Saint-Jean (G. aigus), Saint-Louis (G. teigneux). Les teigneux sont examinés le mardi de chaque semaine dans la salle Saint-Louis. — M. J. SIMON. Consultation le Samedi. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le mercredi à 10 heures. Salles : Sainte-Thérèse (F. aiguës), Sainte-Marie (F. chroniques). — M. DESCROIZILLES. Consultation le mardi. Visite à 8 heures 1/2. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le vendredi à 10 heures. Salles : Saint-Augustin (G. aigus), Saint-Ferdinand (G. chroniques). — M. A. OLLIVIER. Consultation le Jeudi. Consultations supplémentaires dans le service, le mardi (médecine générale) et le samedi (Dermatologie). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le lundi à 10 h. Salles : Sainte-Elisabeth (F. aiguës), Sainte-Anne (F. teigneuses) : Saint-Rosalie (F. peladeuses et eczémateuses). — Les deux pavillons inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 12 lits et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Le service est fait par chacun des 5 médecins de l'hôpital qui s'y succèdent de deux en deux mois. Au commencement de l'année, un moniteur de trachéotomie guide les internes, comme à Trousseau. Le service spécial des rubéoliques, récemment fondé, ouvert le 1er janvier 1886, est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital. — *Chirurgien*. — M. DE SAINT-GERMAIN. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours. Conférences cliniques à l'amphithéatre le jeudi à 9 heures. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles Saint-Côme (G.), Sainte-Pauline (F.), Sainte-Marthe (F. ophthalmies)' Saint-Joseph (G. Ophthalmies). Vaccinations le mercredi à 8 heures.

Bibliothèque. — Elle possède actuellement 620 volumes environ. Cotisation des internes 2 fr. par mois. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal. De nombreux dons sont faits tous les ans par M. Descroizilles (*Arch. de Méd., Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, etc.*).

HOPITAL TROUSSEAU, 89, rue de Charenton (ex-hopital Sainte-Eugénie, ancien hôpital Sainte-Marguerite). Enfants, 463 lits.

Médecins : M. CADET DE GASSICOURT. Visite à 8 h. 1/4. Consultations les lundis et jeudis. Salle Barrier (garçons); salle Blache (filles). — M. LEGROUX. Visite à 8 heures 3/4. Consultations les mercredis et samedis. Maladies aiguës. Salle Bouvier (filles). Maladies chroniques. Salle Bouvier et Valleix (filles), Teigne le mardi. Salle Gillette (filles). — M. D'HEILLY. Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis et vendredis. Maladies aiguës. Salle Legendre (garçons). Maladies chroniques. Salle Lugol (garçons). Teigne. Salle Bazin (garçons). — Consultations et pansement externe de la teigne, deux jours par semaine : M. D'HEILLY, les samedis; M. Legroux les mardis. Un amphithéâtre pourvu de tous les moyens d'étude désirables est annexé au service de M. Lannelongue. Des pavillon d'isolement doivent être construits dans un très bref délai. — *Chirurgien* : M. LANNELONGUE. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Salle Denonvilliers (garçons). Salle Giraldès (filles).

Pavillon Bretonneau, inauguré en 1879, comprenant 28 lits pour la diphthérie. Ce service d'isolement est fait alternativement par les médecins. M. Cadet de Gassicourt, mai, juin, novembre et décembre. M. d'Heilly, en janvier, fevrier, juillet et aout; M. Lepoux en mars, avril, septembre et octobre. Au commencement de chaque année, un moniteur est choisi par l'Assistance publique afin de servir d'aide et de guide aux nouveaux internes pendant les opérations de trachéotomie. C'est là une innovation des plus heureuses introduite dans l'important service des diphthériques. Le mercredi, pendant les deux semestres de l'année scolaire, M. Cadet de Gassicourt fait des leçons cliniques au lit du malade et à l'amphithéatre.

Bibliothèque des internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplets. Il n'existait ni règlement ni cotisation. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, la bibliothèque est devenue une réalité. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en 1880 et une autre subvention de 200 fr. en 1881 et 1883, 400 fr. en 1884, 1885, 1886 et 1887 : elle possède aujourd'hui plus de [illegible] volumes. Les internes en médecine volontairement se sont [illegible] à une cotisation de 2 fr. par mois. L'hôpital Trousseau est appelé à prendre une importance très grande. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie vont être [illegible]. Ajoutons que le musée de M. le Dr Lannelongue vient [illegible] avec [illegible] aux étudiants [illegible].

[illegible] ENFANTS-ASSISTÉS, rue Denfert-Rochereau, 74 [illegible] lits. *Médecin*, M. SEVESTRE. Visite tous les jours de 8 heures [illegible] à [illegible] du matin. — *Chirurgien*, M. [illegible]. — *Consultation pour les maladies de l'enfance*. Une consultation gratuite pour les maladies des enfants est établie à l'hospice des Enfants-Assistés. Cette consultation a lieu régulièrement le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à 9 h. du matin. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 74. — La bibliothèque, fondée en 1884, s'est accrue cette année de quelques ouvrages importants. Il existe maintenant un laboratoire de médecine. Les pavillons d'isolement pour le traitement des maladies contagieuses sont installés et fonctionnent depuis 18 mois environ.

Bibliothèque des internes en médecine. — Cette bibliothèque fondée il y a deux ans possède actuellement environ 100 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil munipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Jaccoud, Il y a lieu* d'espérer qu'une subvention annuelle figurera cette année sur le budget affecté aux bibliothèques médicales des hôpitaux. Un certain nombre d'ouvrages reçus sont dus à libéralité de leurs auteurs. Enfin les internes de l'hôpital versent une cotisation mensuelle de 2 fr. qui a permis l'acquisition de quelques ouvrages spéciaux aux maladies de l'enfance.

HÔPITAL SAINT-LOUIS, rue Bichat, n° 40, salle de consultation même rue, n° 38, 1043 lits dont 625 consacrés aux affections cutanées, 38 aux accouchements, et le reste aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiliographiques. — La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital, mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée.

Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau ; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis font tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont pour ainsi dire à choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

Médecins : M. QUINQUAUD. Consult. externe le jeudi ; examen des malades et conférence clinique le jeudi, à 9 h. Examen au spéculum le samedi, salles Biett (F.), Hillairet (H.) et Emery (F.). — M. LAILLER. Consultation externe le mercredi ; conférences cliniques toute l'année le *vendredi* à 8 h. 1/2 ; spéculum le lundi, service spécial supplémentaire pour les enfants teigneux le samedi à 9 h. pavillon Bazin (H.), salle Lugol (F.). — M. VIDAL. Consultation externe le mardi; examen des nouveaux et conférences cliniques le mercredi toute l'année : traitement du lupus par les scarifications linéaires le jeudi ; spéculum le samedi ; leçons sur les affections cutanées le lundi à partir du mois de janvier, salles Alibert, Gabrielle et Devergie (H.). — M HALLOPEAU. Consultation externe le lundi ; examen des nouveaux le mardi ; salle Bichat (H.) et Henri IV (F.). Clinique le jeudi pendant l'été. — M. Ernest BESNIER. Consultation externe le vendredi. — Clinique le samedi. — Mardi, opérations dermatologiques. — Mercredi, teignes et affections du cuir chevelu. Salle Gibert (F.) et Cazneuves, 9 heures. — *Clinique des maladies de la peau*, M. le professeur FOURNIER, Chef de clinique, M. MOREL-LAVALLÉE. Tous les jours de 8 h. à 10 h. du matin ; salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). Consultation le samedi. — *Accoucheur* : M. PORAK, salle Paul Dubois. Visite tous les jours à 9 h. Les élèves n'y sont admis que munis d'une autorisation spéciale. Consultation tous les jours à 9 h. 1/2, excepté le dimanche. Les élèves y sont admis sans autorisation spéciale. Du 1er Janvier au 1er juillet, leçons tous les jeudis, à 10 h.

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours de 8 h. à 11 h., sans formalité, contient aujourd'hui 798 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 142 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. FOURNIER, jointe depuis trois ans au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes. Le Musée particulier de M. Péan contient 500 moulages de pièces chirurgicales. M. Parrot a également enrichi le musée d'une collection d'environ 200 pièces léguées.

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées, mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchements, dirigé par M. PORAK, contient 28 lits constamment occupés. Il s'y fait en moyenne 2 ou 3 accouchements par jour; 966 par an (1875); 4339 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Tous les jours, consultation externe pour la gynécologie.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hopital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hopitaux de Paris. 28,500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2,200 en moyenne sont traités dans les salles. — M. PÉAN, Consultation externe lundi, vendredi, clinique et opérations le samedi toute l'année, à l'amphithéâtre, salles Nelaton (H.), Denonvilliers (F.). — M. LE DENTU. Consultation externe mardi et jeudi ; leçon clinique et opérations le mercredi toute l'année à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre, salles

Gosselin (F.) et Cloquet (H.). M. L. Championnière. Consultation le mercredi et le samedi. 64 lits dont 40 d'hommes et 24 de femmes.

Bibliothèques. — Une bibliothèque médicale fondée récemment par les soins des médecins et chirurgiens de l'Hôpital, et destinée à s'enrichir de nombreux dons, est annexée au Musée Pathologique. Cette bibliothèque qui ouvrira le 1er janvier 1888 contiendra, outre les publications de dermatologie les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie, et la plupart des journaux français et étrangers. Elle sera ouverte à tous les médecins et élèves de 8 h. 1/2 du matin à 11 h. et de 2 h. à 5 h. — Une autre *Bibliothèque*, enrichie de 1877 à 1886 par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine de l'hôpital ; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1500 volumes. Elle a reçu, en 1884, un legs de M. Hillairet.

Hôpital du Midi, 111, boulevard de Port-Royal. — 327 lits consacrés exclusivement aux affections vénériennes et syphilitiques. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin. — *Chirurgien* : M. Humbert. 1re division. Salles I, II, III et IV. Consultations les lundis et jeudis. — *Médecins* : M. Du Castel. 2e division. Salles VI, VII et VIII. Consultations les mercredis et samedis. M. Mauriac. 3e division. Salles IX, X, XI et XII, consultations les mardis et vendredis. Le musée créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées avec soin, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visité avec soin.

Hôpital de Lourcine, n° 111, rue de Lourcine : 243 lits. — M. Martineau : Salles Cullerier et Natalis Guillot. Leçons cliniques les mercredis et samedis de chaque semaine. Le cours sur les maladies des femmes et les affections syphilitiques commencera le 9 novembre, à 9 heures, hôpital Pascal, affections générales et utérines — M. Balzer. Salles Astruc, Goupil et Bouley. Cette dernière salle (8 lits et 6 berceaux) reçoit les filles de 2 à 15 ans. — *Chirurgien* : M. Pozzi. Salles Fracastor (accouchements et crèches) et Van Swieten. La salle Fracastor (33 lits et 18 berceaux) reçoit les enfants nouveau-nés avec leur mère.— Les étudiants sont admis dans cet hôpital sur la présentation de cartes spéciales, délivrées par M. le directeur de l'établissement.

Bibliothèque. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque. Depuis, il a voté tous les ans la même somme.

Hôpital temporaire de la rue Pascal, rue Pascal, 76 : 60 lits. — Consultation gratuite pour les femmes. — *Médecins* : MM. Martineau, le lundi et Balzer, le samedi. — *Chirurgien* : M. Pozzi, le mardi. Leçons de gynécologie clinique et opératoire, les jeudi, à 2 heures et demi, à partir du 17 novembre 1887. M. Pozzi fait un cours libre de gynécologie à la Faculté, petit amphithéatre, les mardis et samedis à six heures.

Maison et École d'accouchement, boulevard de Port-Royal, 123 : 402 lits. — *Médecin* : M. Labadie-Lagrave. — *Chirurgien en chef* : M. Tarnier. — *Chirurgien-adjoint* : M. Bouilly. — Cet hopital est complètement fermé aux étudiants ; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a deux internes, l'un est attaché au service de médecine, l'autre au service de chirurgie ; il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse : une salle contenant 30 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale, ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (médecine) de 12 lits, l'autre (chirurgie) de 6 lits.

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites de couches sont simples, les femmes restent dans les salles qui sont sous la direction de la sage femme en chef ; chacune de ces salles contient 30 lits. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. Cinq nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvres, douleurs abdominales, etc., elle doit être immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est tout à fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 21 lits, disséminés dans cinq salles. Cinq nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complètement séparées des autres femmes ; c'est ce système d'isolement, qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'a été que de 0,97 0/0 en 1884, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on considère qu'à la Maternité, comme à l'hopital des Cliniques, sont envoyées bien qu'en moins grand nombre, des femmes qui ont déjà subi des manœuvres en ville. En dehors de ces trois services qui relèvent séparément du médecin, de la sage-femme et du chirurgien, en dehors, un service de gynécologie contenant 10 lits.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves ; elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le professeur Tarnier, assisté de Mme Henry, sage-femme en chef. Il y a trois aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours, qui sont chargées à tour de rôle de répéter aux élèves les leçons du professeur et de surveiller les accouchements ; de plus, les élèves sont divisées en dix séries qui se succèdent toutes les 24 heures à la salle d'accouchement ; chaque série a, à sa tête, des *chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année ; ces chefs ont elles-mêmes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique.

Toutes les élèves sont internes : elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayant-droits. Le prix de la pension, qui était de 600 fr., pour une année, a été élevé à 1,000 fr.. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par l'interne en médecine ; sur la botanique, faites par le pharmacien en chef ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par l'interne en chirurgie.

Il existe enfin, dans le grand parc de la Maternité, un petit pavillon, construit sur les indications de M. le professeur Tarnier, pavillon à chambres complètement séparées où la surveillance est rendue facile par l'existence de vitres dormantes qui donnent toutes, à chaque étage, sur une pièce centrale où se tiennent les infirmières. Dans ce pavillon, au service duquel est attachée une aide sage-femme, sont réalisées les conditions d'isolement complet, analogues à celles qu'on rencontre dans la pratique civile ; il a été inauguré en juin 1876, et il a eu, depuis neuf ans, la visite d'un grand nombre d'accoucheurs français, russes, anglais, allemands, italiens, américains, etc. Ce pavillon a permis d'obtenir les meilleurs résultats.

Maison municipale de santé, rue du Faubourg Saint-Denis, n° 200 : 344 lits. — *Médecins* : MM. Lecorché et Labbé. — *Chirurgiens* : MM. Marc Sée et Horteloup. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes. — Les internes possèdent une *bibliothèque médicale* contenant plus de 600 vol., dont une partie a été léguée en 1875 par M. Demarquay. En 1886 elle s'est enrichie du dictionnaire de Jaccoud. Plusieurs collections de journaux seraient à compléter, par exemple, les *Archives de médecine* qui manquent depuis 1873. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 francs. Les internes se sont volontairement soumis à une cotisation personnelle de 2 francs par mois ; la subvention du Conseil municipal est bien faible pour une bibliothèque aussi peu riche en livres classiques. La Maison municipale de santé possède trois laboratoires, un pour chaque service de médecine, et un pour les deux services de chirurgie.

Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 917 lits, y compris les 32 lits de la nouvelle infirmerie de M. le Dr Magnan. — L'Asile clinique (Sainte-Anne) relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — Le personnel médical et administratif est ainsi composé : *Directeur* ; M. le Dr Taile : *Médecins-chefs de service* : MM. Dagonet et Bouchereau (service de l'asile hommes et femmes) ; M. Magnan (service de l'admission). — *Pharmacien en chef* : M. Quesneville, agrégé à l'Ecole de pharmacie. Médecin-adjoint : M. Dupuisson, chargé du service des bains externes.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Ball, assisté de M. le Dr Pichon chef de clinique responsable du service, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838. — Il existe un laboratoire de la Faculté avec un chef de laboratoire, M. Bellangé. M. Magnan fait également à Sainte Anne des leçons de clinique mentale. La réouverture des leçons de M. Magnan aura lieu le dimanche 13 novembre, à neuf heures et demie ; elles seront continuées les dimanches et mercredis suivants à la même heure ; elles auront pour objet, cette année, Des *généralites sur les diverses formes de la folie et l'étude de la manie et de la mélancolie.*

Asile de Ville Evrard (Seine-et-Oise). — *Médecin-directeur* : M. N... ; *médecins-adjoints* : MM. Febvre et Chambard, *pharmacien en chef* : M. Magnin. Outre l'asile proprement dit de 9.7 lits, il existe un pensionnat.

Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise) près Epinay-sur-Orge, 680 lits.— *Médecin-directeur* : M. N... ; *médecins-adjoints* : MM. Pr[illegible] et Rey ; *pharmacien en chef* : M. Thabuis. A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle peut contenir 112 lits. Cette colonie de Vaucluse est sous la direction du Dr Legrain, médecin-adjoint remplissant les fonctions de médecin chef de service. L'agrandissement projeté de l'ensemble des bâtiments permettra d'y traiter 116 malades.

Asile de Villejuif (Seine), 1,200 lits. — *Service médical* : médecin en chef (femmes), M. Briand ; médecin en chef (hommes), M. Vallon. *Service administratif* : directeur-administrateur, M. Barroux. — *Pharmacien en chef* : M. Requier.

Médecins, chirurgiens et accoucheurs du Bureau central.

Médecins : MM. Chauffard, Oulmont, De Beurmann, Muselier, Brissaud, Merklen, Faisans, Talamon, Ballet, Brault, Barié, Renault, Brocq, Comby, Chantemesse, Hirtz (Edgard), Gaucher, Josias, Juhel-Renoy, Martin (Hippolyte).

Chirurgiens : MM. Richelot, Kirmisson, Schwartz, Reynier, Segond, Quénu, Nélaton, Prengrueber, Campenon, Jalaguier, Brun, Routier, Marchant, Bazy, Tuffier, Picqué.

Accoucheurs : MM. Champetier de Ribes, Doléris, Auvard.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins, chirurgiens et accoucheurs; 2° de prosecteurs (voir Amphithéatre des hôpitaux, p. 000); d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements; 4° de pharmaciens; 5° d'internes en pharmacie. — Tous sont nommés au *concours*. — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat*.

Externat. Art. 101. — Tout étudiant qui se présente au concours pour les places d'élèves externes doit être âgé de 18 ans au moins et de 26 au plus (1). Toutefois, l'élève qui atteindra 26 ans avant l'expiration de ses fonctions, peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et si les épreuves du concours lui sont favorables, être prorogé dans ses fonctions d'externe jusqu'à 28 ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite de l'âge fixée par le règlement. Il doit produire : 1° son acte de naissance ; 2° un certificat de revaccination ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié ; 4° le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des Facultés de médecine. Néanmoins, les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce nouveau certificat, seront inscrits provisoirement sous la réserve de justifier de la prise d'une inscription avant la clôture du concours.

Art. 102. — Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de 28 ans. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après : 1° un certificat constatant leur service en qualité d'externe au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption non motivée ; 2° des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

Art. 9. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive ; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours (2).

Concours de 1881. — 1° *Anatomie* : Tibia ; — Veines du membre supérieur ; — Articulation du coude ; — Muscle trapèze du dos ; — Articulation de l'épaule ; — Crosse de l'aorte ; — Squelette de l'orbite ; — Muscle grand oblique de l'abdomen ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Muscles adducteurs de la cuisse ; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac ; — Veines du membre inférieur, — Rapports du cœur ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : De l'hémoptysie ; — Erysipèle de la face ; — Diagnostic de la phthisie pulmonaire par la percussion et l'auscultation ; — De l'ascite : symptômes et diagnostic ; — Fractures de la clavicule ; — De la chloroformisation ; — Symptômes et marche de la pneumonie franche aiguë ; — Confection et application des appareils platrés ; — Des brûlures ; — Fractures de la rotule.

Concours de 1882. — 1° *Anatomie* : Diaphragme ; — Os maxillaire inférieur ; — Articulation scapulo-humérale ; — Os frontal ; — Aorte abdominale ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Artère fémorale ; — Conformation extérieure et rapports du cœur ; — Articulation du coude ; — Muscle de la paroi abdominale antérieure ; — Veines du membre supérieur ; — Muscle psoas-iliaque ; — Configuration extérieure et rapports des poumons ; — Parois osseuses des fosses nasales ; — Articulation tibio-tarsienne.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche ; — Examen clinique des urines ; — Signes et diagnostic de l'érysipèle.

Concours de 1883. — 1° *Anatomie* : Extrémité inférieure du fémur ; — Crosse de l'aorte ; — Rapports de l'estomac ; — Extrémité inférieure des os de l'avant-bras ; — Articulation coxo-fémorale ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Artères de la main ; — Muscles grand pectoral et petit pectoral ; — Vertèbres dorsales ; — Muscles fessiers ; — Rapports des reins ; — Veines saphènes ; — Calcanéum et astragale ; — Muscle biceps du bras.

2° *Pathologie* : Fracture de l'extrémité inférieure du péroné ; — chloroformisation ; — Erysipèle de la face ; — Fractures de la rotule ; — du panaris ; — Signes fournis par l'auscultation et la percussion dans la phthisie pulmonaire ; — Causes, signes et diagnostic de la péritonite aiguë ; — De la manière de faire une autopsie ; — Réduction des fractures et soins consécutifs ; — Hydarthrose ; — L'anthrax ; — Des injections hypodermiques ; — Des lavements.

Concours de 1884. — 1° *Anatomie* : Artère fémorale et ses branches ; — Vaccine et vaccination ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Articulation coxo-fémorale, crosse de l'aorte ; — Parois osseuses de l'orbite ; — Configuration extérieure et rapports des poumons ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Diaphragme ; — Les côtes.

2° *Pathologie* : Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë ; — Epistaxies et tamponnement des fosses nasales ; — Entorse ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Symptômes et diagnostic de la rougeole ; — Péritonite aiguë ; — Fracture des côtes.

Concours de 1885. — 1° *Anatomie* : Os maxillaire inferieur ; — Articulation radio-carpienne ; — Forme et rapports des poumons ; — Artère fémorale ; — Clavicule ; — Crosse de l'aorte ; — Diaphragme ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation du coude ; — Muscle sterno-cléidomastoïdien ; — Articulation coxo-fémorale ; — Muscle psoas-iliaque ; — Artère sous-clavière ; — Articulation scapulo-humérale ; — Muscle de la région antérieure de la jambe.

2° *Pathologie* : De la saignée ; — Symptômes de la pneumonie franche aiguë ; — Vaccine et vaccination ; — Erysipèle de la face ; — Cathétérisme de l'urèthre ; — Rougeole ; Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë ; — Brûlures ; — Ascite ; — Fièvre typhoïde ; — Scarlatine ; — Epistaxis ; — Tamponnement des fosses nasales ; — Péritonite aiguë ; — Entorse ; — Fracture de l'extrémité inférieure du radius ; — Fractures de la clavicule.

Concours de 1886. — 1° *Anatomie* : Atlas et axis ; — Rapports de la vessie chez l'homme ; — Articulation du coude ; — Configuration extérieure du cerveau ; — Os maxillaire inférieur ; — Rapports de l'estomac ; — Rapports du cœur ; — Artère humérale ; — Muscle grand oblique de l'abdomen ; — Conformation extérieure et rapport du foie ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Parois osseuses des fosses nasales ; — Rapports de la trachée ; — Artère fémorale ; — Articulation du coude ; — Artères de la main ; — Extrémité supérieure du fémur ; — Muscle diaphragme ; — Veines superficielles du membre supérieur ; — Articulation scapulo-humérale.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Symptômes de la pneumonie aiguë ; — Appareils inamovibles ; — Furoncle ; — De l'érysipèle ; — Symptômes des fractures en général ; — Des brûlures ; — Sangsues — Manière de faire une autopsie ; — Examen clinique des urines ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde, — Symptômes de la rougeole ; — Traitement des hémorrhagies ; — Du lavement ; — Abcès chauds ; — Ventouses, — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique : — Fractures de la clavicule. (1)

Voici maintenant les articles du règlement relatif aux *internes en médecine et en chirurgie*.

Art. 112. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets ; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. Le maximum des points à attribuer, pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats.

Questions écrites données en ces vingt-quatre dernières années : 1861. Structure du rein ; hématurie. — 1862. Région inguinale, signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fracture des côtes. — 1864. Cordon testiculaire ; varicocèle et son traitement. —

(1) Le concours de l'externat a lieu habituellement au commencement du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) Voir les questions données aux concours de 1872 à 1880, inclusivement dans le *Numéro des Étudiants* de 1883, 1884, 1885 et 1886.

(1) Pour le concours de 1887 voir n°s 43, 44, et ceux qui suivront.

1865. Diaphragme; pleurésie. — 1866. Veine porte; ascite. — 1867. Artères des intestins; Signes et diagnostic des hémorrhagies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx; caractères différentiels des laryngites. — 1869. Médiastin postérieur; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cœcum; ulcérations intestinales. — 1877, Vaisseaux sanguins du poumon; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1879. Testicule; affections tuberculeuses du testicule. — 1880. Voile du palais; érysipèle spontané de la face. — 1881. Col de l'utérus; polypes de l'utérus. — 1882. Nerf récurrent; anatomie pathologique; signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire. — 1883. Région poplitée; gangrène sénile. — 1884. Voies biliaires (anatomie et physiologie); symptômes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. — 1885. 1er concours: Rapports de l'estomac et du duodénum; anatomie pathologique, symptômes et diagnoctic du choléra asiatique; — 2e Concours: Circonvolutions de la face externe du cerveau; cours et signes de l'hémiplégie. — 1886. Grand épiploon: signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — 1887. Veines jugulaires; érysipèle de la face.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales (1).

Concours de 1883. — 1° Muqueuse utérine en dehors de la grossesse; diagnostic de la grossesse; — 2° Glandes de l'intestin grêle, complications de la fièvre typhoïde; — 3° Rapports de l'œsophage, corps étrangers de l'œsophage; — 4° Sinus de la dure-mère, signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse; — 5° Nerfs de la main, signes et diagnostic du tétanos; — 6° Articulation radio-carpienne, complications de la scarlatine; — 7° Rapports du larynx, laryngite striduleuse; — 8° Muscles de la langue, signes et diagnostic du cancer de la langue; — 9° Rapports de la vessie chez la femme, causes et signes de la rétention d'urine; — 10° Vaisseaux et nerfs du rectum; — 11° Nerf moteur oculaire commun, sa paralysie; — 12° Enveloppe du testicule; hématocèle vaginale; — 13 Veine porte en dehors du foie, symptômes et diagnostic de l'ictère grave; — 14° Description du duodénum, symptômes de l'occlusion intestinale.

Concours de 1884. — Artère pulmonaire; Embolie pulmonaire, causes et signes; — Muqueuse linguale; signes et diagnostic de l'angine diphthérique; — Glande sous-maxillaire; Signes et diagnostic de la grenouillette.

Concours de 1885. — Vaisseaux sanguins de l'estomac; Symptômes de l'ulcère simple de l'estomac; — Mécanisme de l'accouchement par la face; Rapports de l'utérus; — Articulation huméro-cubitale; signes et diagnostic de la luxation du coude en arrière; — Nerfs de la main; Etiologie et symptômes du tétanos; — Artère poplitée; Symptômes et diagnostic de l'anévrisme artério-veineux; — Artère pulmonaire; symptôme de la pneumonie franche; — Configuration extérieure et rapports du cœcum; symptôme et marche de la fièvre typhoïde régulière; — Canal thoracique; diagnostic des différentes positions de la présentation du sommet pendant la grossesse et le travail; — Trajet inguinal; symptômes et traitement de la hernie inguinale étranglée; — Nerf moteur oculaire commun; symptomes et diagnostic de la cataracte; — Veine cave inférieure; symptomes et diagnostic de la péritonite chronique tuberculeuse; — Muscles intrinsèques du larynx; complications de la coqueluche; — Vaisseaux du cœur; symptômes et diagnostic de la péricardite sèche aigue; — Muscles du voile du palais; symptômes de l'angine diphthérique.

Concours de 1886. Nerfs intercostaux. — Du zona; — Orifices artériels du cœur et signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Nerf radial et paralysie radiale. — Rapports de la trachée, trachéotomie; — Ligaments de l'articulation du genou, corps étrangers articulaires; — Glande sous-maxillaire et [illegible]; — Artères de la main et panaris. — Rapports du rectum et fistule à l'anus; — Veine cave inférieure et traitement de la pleurésie purulente: — Articulation de la mâchoire inférieure et luxation de la mâchoire; — Nerf moteur oculaire commun et sa pathologie; — Vésicule biliaire, coliques hépatiques (2).

Prix de l'internat. — Nous devons ajouter que, tous les ans, il y a à l'Assistance publique, un concours entre les internes, et que les prix sont décernés, d'une part, à la première division (internes de 3e et 4e années), d'autre part, à la seconde division (internes de 2e et de 1re années). — Concours de 1877: *Glandes de la muqueuse [illegible]; Valeur séméiologique de l'hématémèse* (1re division). — *Anatomie du lobule pulmonaire; emphysème pulmonaire* (2e division). — Concours de 1878: *Glandes du gros intestin, anatomie et physiologie: diagnostic et traitement du cancer de l'intestin* (1re division). — *Anatomie et physiologie du corps thyroïde; symptômes et physiologie de la maladie de Basedow* (2e division). — Concours de 1879: *Structure et physiologie des veines; thromboses veineuses* (1re division). — *Anatomie et physiologie des nerfs du cœur: causes et symptômes de l'asystolie* (2e division). — Concours de 1880: *Structure des ganglions lymphatiques: leucocythémie* (1re division). — *Des glandes de l'intestin grêle: diagnostic et traitement de l'invagination intestinale* (2e division). — Concours de 1881: *Vaisseaux capillaires; embolies capillaires* (1re division); — *Artères du cerveau; paralysie générale* (2e division). — Concours de 1882: *Uretère, sécrétion urinaire; phlegmon périnéphrétique* (1re division); — *Muqueuse de l'estomac, anatomie et physiologie; ulcère simple de l'estomac* (2e division). — Concours de 1884. — Epreuves écrites: *Cellule hépatique; accidents du diabète* (1re division). — *Valvule iléo-cæcale; symptômes, diagnostic et traitement de l'étranglement interne* (2e division). — Epreuve orale: *Luxation congénitale de la hanche; accidents nerveux du saturnisme* (1re division); — *Hernie inguinale; hydrocèle vaginal: paralysie de la troisième paire* (2e division). — Concours de 1885: Epreuves écrites (1re division): *Col de la vessie et tumeurs de la vessie*; (2e division): *périoste et ostéomyélite phlegmoneuse diffuse*. — Epreuves orales: *Rétrécissement de l'artère pulmonaire* (1re division); *Symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire: bronchite capillaire* (2e division). — Concours de 1886: Epreuves écrites. (1re division): *Structure des veines; Phlébite*; — (2e division): *Conformation extérieure et rapports du foie; Kyste du foie.* — Epreuves orales: *Luxation traumatique de la hanche; Rhumatisme cérébral* (1re division). — *Mal de Pott sous-occipital: Causes, signes et marche de la paralysie faciale* (2e division). A partir de cette année le concours de la première division est supprimé.

En dehors de ces prix, il en existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants: *Prix Amussat*: Livres et instruments donnés au premier externe nommé au concours. Valeur 500 fr. — *Prix Dusol*: Donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Prix Godard*: Boîte ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Prix Barbier*: Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1250 fr. environ. — *Prix Buchard*: Donné à l'un des trois internes reçus 5e, 6e ou 7e au concours, et qui sera désigné par le sort. Valeur 500 fr. (payables par trimestres; d'ordinaire, les trois élèves partagent le prix). — *Prix Civiale*: Prix biennal de 1000 fr., à l'interne titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

Les renseignements qui précèdent montrent combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882: 1re et 2e année, 500 fr.: 3e année, 600 fr.: 4e année, 700 fr. Depuis le 1er janvier 1882, à la suite d'une proposition de M. Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes: 1re année, 600 fr.; 2e année, 700 fr.; 3e année, 800 fr.; 4e année 1.000 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 600 fr. — Le nombre des places vacantes cette année est de 40 à 45; celui des candidats de 328; celui des copies remises de 210.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits *du centre*: Charité, [illegible], Hôtel-Dieu, Pitié, les externes ne reçoivent aucune indemnité: — 2° Dans les hôpitaux *excentriques*: comme Necker, les Enfants-Malades, Cochin, etc.; les externes touchent par service 300 fr. par an: — 3° Dans les hôpitaux excentriques: Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis, les externes ont une indemnité de un franc par jour. — A la Maison de Santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an et de plus une indemnité individuelle de 300 fr. — Enfin, à [illegible], les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement, comme nous l'avons dit, une indemnité de [illegible] fr. par mois.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux

[illegible]

(1) Voir pour les questions données aux précédents concours le numéro des *Etudiants* de 1883, 1884, 1885 et 1886.

(2) Les questions de 1887 seront publiées dans les numéros suivants du *Progrès médical*.

villons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes mais tous les étudiants sont admis à suivre les cours qu'on y fait sur les sciences anatomiques. Il est situé rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours ont lieu tous les jours à 4 heures, le premier, anatomie topographique, est fait par M. le Dr TILLAUX, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. — M. WALTHER, prosecteur, fera le cours de physiologie. — M. N...., prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive. — M. SIREDEY, chef du laboratoire d'histologie, fait un cours d'histologie. — L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Nous rappelerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Conservateur du musée : M. TÉMOIN.

Asiles d'aliénés de la Seine.

En raison de l'importance de l'Assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à cette Administration le service des Enfants assistés et des Aliénés. En 1873, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des aliénés. Il s'en suit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux Administrations de l'Assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés, siégeant à la Préfecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe. En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours.

Conditions du concours. — Peuvent prendre part au concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de 30 ans et pourvus de 12 inscriptions. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la Préfecture de la Seine (Bureau du personnel.) Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° Un acte de naissance ; 2° Un extrait du casier judiciaire ; 3° Un *certificat de revaccination* ; 4° Un certificat de bonne vie et mœurs ; 5° Un certificat constatant qu'il est pourvu de 12 inscriptions de médecine (1).

Épreuves. — Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit : *Épreuve d'admissibilité* : 1° Une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Épreuve définitive. 2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite, 30 points, pour l'épreuve orale, 30 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury.

Internes provisoires. — Il est nommé, à la suite du Concours et dans l'ordre de mérite, *des internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.* — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier. — Les internes provisoires pourront se représenter au Concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce [illegible] à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. — L'interne provisoire [illegible] le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer. Voici les questions écrites et orales données aux concours de 1880 à 1886, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. 1er concours (1880) : [illegible] — 2e concours (1880) : *Nerf de la 5e paire* (anatomie et physiologie). 1881 : *Nerf [illegible]* (anatomie et physiologie). — Concours de 1882 : *Quatrième ventricule* (anatomie et physiologie). — Concours de 1883 : *Cordon postérieur de la moelle* (anatomie et physiologie). — Concours de 1884 : *Nerf récurrent* (anatomie et physiologie). — Concours de 1885 : *Racines des nerfs rachidiens.* — Concours de 1886 : *Artères de l'encéphale ; circulation cérébrale.*

Questions orales. 1er concours (1880) : De *l'épilepsie. Plaie des artères* ; — 2e concours (1881) : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. Signes et diagnostic de la fracture du col du fémur.* — Concours de 1882 : Variole ; Signes et diagnostic de la fracture de côtes. Pneumonie franche ; Fracture du radius. — Concours de 1883 : Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Étiologie, signes et diagnostic du phlegmon diffus ; — Signes et diagnostic du cancer de l'estomac. — 1885 : Signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; — Fractures compliquées des jambes ; — Des symptômes des épanchements liquides de la plèvre ; — Des hydarthroses du genou ; — Symptômes et complications de la fièvre scarlatine ; — Des fractures de côtes. — Concours de 1886 : *Symptômes et marche de la scarlatine régulière ; anthrax ; — Signes et diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire ; fractures de la clavicule ; — Signes et diagnostic de la péritonite aiguë ; fractures de la rotule.*

Les avantages matériels attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture, et un traitement fixe et annuel de 800 francs, ce qui est porté à 1.100 francs, pour tenir compte des frais de déplacement, dans les asiles extra-muros.

— Le lundi 5 décembre 1887, à midi précis, il sera ouvert à l'Asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements. A la suite du concours et dans l'ordre du mérite, il sera nommé cinq internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Pavillon de Flore, aux Tuileries (*Bureau du personnel*), — Entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de *onze heures à trois heures*, depuis le jeudi 9 novembre jusqu'au samedi 19 novembre 1887, inclusivement.

Médaille d'or de l'internat des asiles. — Le Rédacteur en chef de ce journal, qui a demandé en vain que les internes des asiles fussent fournis par l'Assistance publique et appartinssent au Corps de l'internat des hôpitaux, a insisté pour que le concours, dit de la médaille d'or, eût des avantages plus en harmonie avec les besoins scientifiques de notre époque et que la médaille d'or et les avantages inhérents, c'est à-dire une prolongation de service, fussent remplacés par une *bourse de voyage* (1). M. Hérold, préfet de la Seine, a fait examiner cette proposition par une Commission spéciale qui a émis un avis favorable. En conséquence, il a pris un arrêté que l'on trouvera tout au long dans le *Numéro des Etudiants* de 1886 (p. 937).

Les concours pour la bourse de voyage ont eu lieu, savoir : le premier concours, le 23 novembre 1882 : M. le Dr Briand a obtenu la bourse avec 82 points, sur un maximum de 100 ; — le deuxième, le 3 novembre 1884 : M. Vetault, interne à Ste-Anne, a obtenu la bourse avec 83 points ; — le troisième concours a eu lieu le 15 novembre 1886, M. le Dr Pichon a obtenu la bourse avec 92 points. Le quatrième concours aura lieu au mois de novembre 1888.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Les internes de cet établissement sont nommés par un concours spécial. (Voir les conditions, n° 27, p. 564, 1886). — Le premier concours a eu lieu en 1886. — Question écrite : *Nerf facial* (anat. physiol.) — Épreuves orales : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. — Diagnostic de la hernie inguinale.*

Asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet.

Il y a 3 internes à l'asile de Vincennes. Ils sont nommés sans concours. Les candidats doivent avoir été externes des hôpitaux de Paris pendant une année au moins. Ils sont à peine indemnisés et ne sont plus logés, ce qui est déplorable. — Il y avait aussi des internes à l'Asile de convalescence du Vésinet. Un directeur, trouvant que le service médical est de médiocre utilité, les avait supprimés il y a deux ans, nous assure-t-on.

Enseignement clinique dans les hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Thérapeutique infantile.* — M. le Dr Jules SIMON recommencera son cours de thérapeutique le mercredi 2 novembre à 9 heures, et le continuera tous les mercredis. Consultation clinique le samedi. — *Chirurgie des enfants. Orthopédie.* — M. le Dr de SAINT-GERMAIN recommencera ses conférences cliniques le 21 novembre à 9 heures. Consultations tous les jours. Opérations le jeudi. — *Clinique médicale.* — M. le Dr A.

(1) Nous avons enfin obtenu gain de cause sur ce point, comme nous l'avons déjà obtenu, non sans peine, pour le concours de l'internat des hôpitaux : il ne devrait pas y avoir de divergence entre ces hôpitaux.

(1) Il est vivement à désirer, répétons-nous l'an dernier, que la *médaille d'or des hôpitaux* soit également remplacée par une *bourse de voyage* : on pourrait faire trois divisions comprenant, l'une les internes qui se destinent à la *médecine*, la seconde ceux qui veulent s'adonner à la *chirurgie*, la troisième les internes qui se destinent aux *accouchements et à la gynécologie*.

Ollivier, agrégé de la Faculté, recommencera les conférences cliniques le lundi 14 novembre à 9 h. 1/2 et les continuera les lundis suivants à la même heure. Lundi : Leçon à l'amphithéâtre. Vendredi : Leçon au lit du malade. Jeudi : Consultation publique. Mardi : Consultation supplémentaire (salle Sainte-Elisabeth), médecine générale infantile. Samedi : Consultation supplémentaire (salle Sainte-Anne), maladies du cuir chevelu et autres maladies de la peau. — *Cours de pathologie et de clinique infantiles.* — M. le Dr Descroizilles recommencera prochainement ses leçons le vendredi à 9 heures. Un avis ultérieur indiquera la date de la première leçon. Consultation et Examen des malades le mardi, comme précédemment.

Hôpital Cochin.— Clinique thérapeutique. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz fait pendant le *semestre d'été* un cours de clinique thérapeutique les lundis, mercredis, vendredis, à 10 heures, à l'hôpital Cochin. Le lundi est réservé à une leçon de MM. les Drs Bardet et Dubief, chefs du laboratoire, et le vendredi à une leçon d'un des internes attachés au service. Visite et interrogatoire au lit des malades tous les jours, à 9 h. 1/2. Un laboratoire de thérapeutique est à la disposition des élèves qui veulent faire des travaux spéciaux sur ce sujet. Le Dr Dubief fait de plus dans le laboratoire un cours de bactériologie et les élèves sont exercés à toutes les préparations bactériologiques.

Hôtel-Dieu. — Clinique des maladies des femmes. — M. le Dr Proust. — Visite à 9 heures, salles Sainte-Anne et Saint-Thomas ; consultations le samedi et spéculum le mardi. — Cet hiver M. le professeur Proust fera une série de leçons sur l'hygiène alimentaire et les maladies d'alimentation. — *Clinique chirurgicale.* — M le Dr Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 14 novembre à 10 heures et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure.

Hôpital de la Charité. — Clinique d'accouchements. — M. le Dr Budin, visite tous les matins à 8 h. 1/2.

Hôpital de Lourcine. — Clinique gynécologique et syphiligraphique. — M. le Dr Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine reprendra, le mercredi 9 novembre, à 9 heures, ses leçons cliniques. Le mardi, à 9 heures, consultation et traitement externe. Le jeudi, à 9 heures, visite et leçons à l'hôpital Pascal (baraque B maladies générales). — *Nota* : MM. les étudiants en médecine recevront, pour assister à la visite des malades et au cours, une carte qui leur sera délivrée par M. le Directeur de l'hopital.

Hôpital de la Charité. — A partir du 1er janvier M. le Dr Luys fera, chaque semaine, un cours sur la structure du cerveau et sur les maladies du système nerveux.

Hospice de la Salpêtrière. — Conférences cliniques sur les maladies mentales et leur thérapeutique. M. Auguste Voisin fera un cours le dimanche à la Salpêtrière, au mois de janvier 1888. — *Cours public des maladies mentales.* M. le Dr Falret commencera son cours le dimanche 6 novembre, à 10 heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure. Le jeudi à 9 heures, examen clinique. *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Terrillon fera, pendant l'été des leçons cliniques sur les affections chirurgicales, tumeurs de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, les mercredis à dix heures, à la Salpêtrière, opération le samedi pendant toute l'année.

Hopital Bichat. — Leçons de clinique et de thérapeutique médicales. — M. le Dr Henri Huchard fait tous les ans, à partir du mois de mars ou d'avril ces leçons tous les dimanches à dix heures. De plus, le service est pourvu d'un *laboratoire de recherches thérapeutiques* pour les élèves de l'hôpital et du dehors qui veulent expérimenter l'action des medicaments, anciens et nouveaux.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau : M. le Dr Emile Vidal. — Le mercredi à 9 heures 1/2, conférence clinique, le mardi à 9 heures, consultation, le jeudi à 9 heures 1/2, traitement chirurgical des maladies de la peau : lupus, couperose, chéloïdes, etc.—*Clinique chirurgicale* : M. Péan, cours et operations, le samedi à 9 heures.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra, dans l'Amphithéâtre de l'Admission, ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales* le dimanche 13 novembre, à 9 heures 1/2 du matin et les continuera les dimanches et les mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la Folie. Après des considérations générales sur les diverses formes de la folie, les leçons porteront plus particulièrement cette année sur l'alcoolisme et la paralysie générale.

Hopitaux de Montpellier. — *Concours d'externat.* — Un concours pour la nomination a sept places d'externe des hopitaux de Montpellier, s'ouvrira le lundi 5 décembre 1887, a 9 heures du matin, à l'hopital Saint-Eloi. Le registre d'inscription sera ouvert au bureau du secrétariat des hospices jusqu'au samedi 3 décembre à 5 heures du soir.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — Mr le Dr Baratoux, 33, rue Saint-André-des-Arts. Mardi et samedi, de 3 1/2 à 6 heures Examen des malades et exercices pratiques. — Conférences cliniques sur l'otologie et la laryngologie à partir de novembre.

Maladies du nez, des oreilles et du larynx. — M. le Dr Henri Chatellier, rue des Grands-Augustins. 15. Lundi, mercredi, vendredi de 9 heures à 10 heures du matin. — Les élèves sont exercés à l'examen des malades, aux méthodes opératoires et aux recherches anatomo-pathologiques.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — Le Dr Ch. Fauvel a commencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis, à 10 heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. M. le Dr Archambault, chef de clinique, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr C. Miot, 41, rue Saint-André-des-Arts : Leçons cliniques les lundis et mercredis, à midi. — Consultations les lundis, mardis, mercredis et vendredis.

Policlinique de chirurgie des femmes, du docteur Berrut, rue de Grenelle-Saint-Germain, 151, ouverte aux médecins, élèves et sages femmes, sur la présentation de leur carte. Du 1er novembre au 31 août de chaque année. Le jeudi à 9 heures : Leçon. A 10 heures : consultations.

Eaux minérales. — M. le Dr Durand-Fardel fera un cours sur les *Eaux minérales et leurs applications au traitement des maladies chroniques.* Ce cours, qui commencera dans le courant de janvier, sera fait en 12 leçons, les mardis et samedis, à 5 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Hygiène publique. — M. le Dr A.-J. Martin fait son cours à l'Ecole pratique pendant le semestre d'été. Sera annoncé ultérieurement.

Ophthalmologie. — M. le Dr Ch. Abadie commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie à sa clinique, 172, boulevard Saint-Germain. le mardi 8 novembre, à 2 heures; il les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope et assistent aux opérations.

Ophthalmologie. — M. le Dr Landolt fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de 1 h. à 2 h., à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts. — Il fera, de plus, pendant le second semestre, un cours pratique de « chirurgie oculaire » à l'Ecole pratique de la Faculté.

Maladies des yeux et des oreilles. — M. le Dr Boucheron, ancien interne des hopitaux, commencera le lundi 7 novembre, à 2 heures, un cours public sur l'*otologie* résumée en dix leçons à sa clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Maladies des yeux. — M. Coursserant, 19, rue du Dragon. Consultations publiques, tous les jours, à 1 heure, à sa clinique. Examens ophthalmoscopiques et conférences cliniques le vendredi, à 2 heures.

Maladies des yeux. — M. le Dr Dehenne, 24, rue Monsieur-le-Prince. Tous les jours, leçons cliniques et consultations publiques à 1 heure 1/2. Le samedi sera plus spécialement consacré aux examens ophthalmoscopiques.

Conferences publiques sur l'Oculistique. — M. le Dr Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, continue ses conférences tous les lundis, à 1 heure de l'après-midi, à la clinique de l'Institut ophthalmique de la rue d'Abbeville. Il traitera du diagnostic et du traitement des affections oculaires.

Maladies des yeux. — M. le Dr A. Chevallereau. Examen des malades et exercices pratiques tous les jours, à midi, à la clinique, 14, rue de Birague. Opérations les mercredis et vendredis.

Clinique ophthalmologique hospice national des Quinze-Vingts. Rue Moreau, 1[illegible], près de la Bastille. — Consultation, examen des malades et opérations tous les jours de midi à 2 heures, par M. le Dr Fieuzal, médecin en chef, et par M. le Dr Trousseau, médecin en second.

Clinique ophthalmologique du Dr Galezowski, 26, rue Dauphine. — Les conferences cliniques sur les maladies des yeux ont lieu tous les jours, de 1 h. a 3 h. Les lundis, les jeudis et les samedis sont consacrés aux operations et à l'étude des maladies externes des yeux ; les mercredis à l'examen ophthalmoscopique, et les vendredis à la réfraction et à l'accommodation de l'œil. — Pendant le semestre d'hiver de 1887-1888, le Dr Galezowski fera un cours public sur les maladies des yeux à l'Ecole pratique de la Faculté, le mardi

***

de chaque semaine. Ce cours comprendra une étude sur les affections de la choroïde et de la rétine et sur leurs relations avec d'autres affections de l'organisme.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Edouard Meyer, 30, rue d'Assas. — Consultations et policlinique tous les jours, à 1 h. Conférences cliniques sur des cas choisis et opérations, les lundis et vendredis, à 1 heure, par M. Meyer. Tous les jeudis, à midi, cours public de chirurgie oculaire par M. Virgile Caudron, chef de clinique, qui mettra à la disposition des élèves les instruments nécessaires et leur fera répéter toutes les opérations usuelles. — Les mercredis et samedis : Réfraction et ophthalmoscopie. Exercices pratiques, M. Debierre.

Maladies des yeux. — M. le Dr Parinaud. Clinique, 50, avenue de Clichy. Consultations tous les jours à 1 heure. Conférences et démonstrations le mardi et le vendredi. Cabinet d'ophthalmologie de la Salpêtrière, service de M. Charcot, le mercredi à 9 heures.

Ophthalmologie. Médecine opératoire. — M le Dr Gillet de Grandmont. Les élèves seront exercés à la pratique des opérations. Ce cours commencera le 14 novembre à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3, et il sera continué les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Le Dr Gillet de Grandmont fait aussi un cours pratique tous les jours à sa clinique, 21, rue de l'Ancienne-Comédie, de 1 heure à 3 heures.

Cours d'accouchements. — MM. Boissard, chef de clinique, adjoint d'accouchements et M. P. Berthod, ancien interne de la Maternité, recommenceront leurs cours d'accouchements le lundi 7 novembre, à 4 heures 1/2, 5, rue du Pont-de-Lodi. — Le cours a lieu tous les jours à la même heure et sera complet en 40 leçons. Pour se faire inscrire s'adresser à M. Boissard, rue Saint-Lazare, 67. — M. Berthod, 17, place de la République, les lundis, mercredis, vendredis, de 1 à 3 heures.

Cours d'accouchements. — Le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux, fera à l'Ecole pratique de médecine, pendant le semestre d'hiver, un cours d'accouchement complet, en 36 leçons. — Le même cours aura lieu pendant le semestre d'été.

Accouchements. — M. le Dr Fournel a recommencé son cours d'accouchements, rue Suger, 4, (près la place Saint-Michel). Le cours a lieu pendant toute l'année, chaque jour à 8 heures du soir. Les élèves sont exercés au *toucher* et aux *manœuvres* ; et interrogés deux fois par semaine sur les matières de 3me et 5me examen. On peut préparer ces examens dans un espace de huit semaines. S'inscrire soit chez le Dr Fournel, 7, rue de la Michodière, lundi, mercredi, vendredi, de 2 heures à 3 h. 1/2, soit chez le concierge du cours; les inscriptions sont reçues dans la première quinzaine de chaque mois.

Maladies de la peau. — Clinique du Dr H. Fournier, tous les mardis à 4 h., 24 rue de Lewis (Batignolles).

Maladies des enfants. — M. le Dr Bouchut, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants malades, fera son cours durant l'été, le lundi et le mercredi à 4 heures, 16, rue de l'Odéon.

Maladies des femmes. — M. le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques, à sa Clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 7 novembre, à 1 heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Technique microscopique (Manipulations pratiques). — Ce cours (particulier) a lieu d'une façon permanente, tous les jours, de 4 à 6 heures, dans le laboratoire du Dr Latteux, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations micrographiques et de leur permettre de faire les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés *individuellement* et répètent *eux-mêmes* toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des tissus sains et des principaux tissus pathologiques, ainsi que les manipulations de technique proprement dite (montage des préparations, dissections fines, injections histologiques, coupes fines, recherches des bacilles, etc.). Chaque élève prépare une collection de pièces microscopiques, qui lui servent de types et qu'il emporte, comme preuve de son travail, le cours terminé. — Le cours comprend trente leçons. — Les microscopes et les instruments nécessaires sont à leur disposition. — On s'inscrit chez le Dr Latteux, 1, rue Jean-Lantier, de une heure à 2 heures. Leçons particulières.

Embryogénie et tératogénie. — M. le Dr Dareste commencera ses conférences au laboratoire de tératologie (15, rue de l'Ecole-de-Médecine) au printemps de 1887. L'ouverture de ces conférences sera annoncée par une affiche spéciale. — En dehors des conférences, le laboratoire est ouvert, à partir du 1er novembre, à toutes les personnes qui désirent s'occuper d'études d'embryogénie. Tous les instruments du laboratoire, ainsi que toutes les pièces de la collection (aujourd'hui très nombreuses), sont mis à la disposition des élèves. La seule condition que l'on demande aux élèves est de se conformer au règlement de l'Ecole des hautes études.

COLLÈGE DE FRANCE.

Cours d'anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, traitera des éléments qui composent les centres et les cordons nerveux, les mercredis et vendredis, à 5 heures. Des démonstrations pratiques seront faites par le professeur, aidé de M. Suchard, préparateur.

Laboratoire d'histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études). — M. Ranvier, directeur; M. Malassez, directeur-adjoint; MM. Darier, Vignal, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. Il est fait de plus par MM. les répétiteurs un cours particulier de technique histologique dont la durée est de deux mois. On s'inscrit au laboratoire chaque jour de la semaine, de 2 à 4 heures.

Cours de médecine expérimentale. — M. Brown-Séquard, professeur, en congé, sera remplacé cet hiver par M. d'Arsonval, qui traitera des phénomènes physico-chimiques de la respiration, les mercredis et vendredis à 3 heures. — Le Laboratoire de M. Brown-Séquard n'est pas public.

Laboratoire de physique biologique. — M. d'Arsonval, directeur; n'est pas public.

Cours d'histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur en congé, sera remplacé cet hiver par M. François Franck qui traitera de la sensibilité et de ses réactions à l'état normal et pathologique, les lundis et vendredis à 4 h. 1/2.

Laboratoire de physiologie (Ecole pratique des hautes études) — M. Marey, directeur; M. François-Franck, directeur-adjoint. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches, surtout destiné aux personnes qui, ayant déjà quelque habitude des manipulations physiologiques, veulent étudier les phénomènes de la circulation et du mouvement, au moyen des appareils enregistreurs.

Cours d'embryogénie comparée. — M. Balbiani, professeur, traitera de l'évolution des micro-organismes animaux et végétaux, en insistant sur les espèces parasites et pathogènes les mardis et samedis à 1 h. 1/2. Des démonstrations pratiques seront faites à la fin du cours par le professeur, aidé de M. Henneguy, préparateur.

Cours de chimie organique. — M. Berthelot, professeur, fera son cours, les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2.

Cours de chimie minérale. — M. Schützenberger, professeur, traitera des phénomènes généraux de la chimie, les mercredis et samedis, à 1 h. 1/2.

Les laboratoires de MM. Berthelot et Schützenberger sont uniquement des laboratoires de recherches.

Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre; nous compléterons en temps voulu, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Premier Semestre.

Les cours de la Faculté s'ouvriront le lundi 7 novembre 1886, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure. — Les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, M. G. Darboux, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 9 novembre. Il traitera de la théorie des systèmes de rayons rectilignes et des rapports de cette Théorie avec celle des équations linéaires aux dérivées partielles du second ordre.

Calcul différentiel et Calcul intégral. — Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2. M. Picard, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le lundi 7 novembre. Il exposera les principes généraux du Calcul différentiel et du Calcul intégral et étudiera leurs applications analytiques et géométriques comprises dans le programme de la licence.

Mécanique rationnelle. — Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. Appell, professeur, ouvrira la première partie de ce Cours le mercredi 9 novembre. Il traitera de la composition des forces et des lois générales de l'équilibre et du mouvement.

Astronomie mathématique et mécanique céleste. — Les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. M. Tisserand, professeur, ouvrira ce cours le mardi 8 novembre. Il étudiera la théorie de la lune, et les méthodes récentes de M. Gylden.

Calcul des probabilités et Physique mathématique. — Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. Poincaré, professeur, ouvrira ce cours le lundi 7 novembre. Il traitera dans le premier semestre de diverses questions d'optique.

Mécanique physique et expérimentale. — Les mardis et samedis, à 8 h. 1/2. M. Boussinesq, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mardi 8 novembre. Il exposera les principes généraux de la mécanique physique. — Dans le second semestre, il étudiera le régime uniforme et les régimes graduellement variés des cours d'eau.

Physique. — Les mardis et samedis, à [illegible] h. 1/2. M. Bouty, professeur, ouvrira ce Cours le mardi 8 novembre. Il traitera de l'élec

tricité et du magnétisme, et de leurs principales applications. Des manipulations et des conférences qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

Chimie.— Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3. — Les lundis et jeudis, à 1 h. M. Troost, professeur, ouvrira ce Cours le lundi 7 novembre. Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie ; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

Chimie.—Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3.—Les mercredis et vendredis à 2 h. 1/2. — M. Debray, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 9 novembre. Il traitera des métaux et de leurs principaux composés.

Chimie biologique.— Les mardis et jeudis, à 2 h. 1/2. M. Duclaux, professeur, ouvrira ce cours le mardi 8 novembre, dans l'amphithéatre de mathématiques. Il traitera de l'étude des propriétés biologiques des microbes.

Zoologie, Anatomie, Physiologie comparée. — Les mardis et samedis, à 3 h. 1/2. M. de Lacaze-Duthiers, professeur, ouvrira ce cours le mardi 8 novembre. Il traitera des fonctions de relation.

Physiologie. Ce cours aura lieu rue de l'Estrapade, n° 18. — Les lundis et vendredis à 3 h. 1/2. — M. Dastre, professeur, ouvrira ce cours le lundi 7 novembre. Il traitera des fonctions de sécrétion. — Echanges matériels et calorification.

Cours Annexes.

Géographie physique. — Le samedi, à 1 heure. M. Velain, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le samedi 12 novembre. Il traitera des phénomènes volcaniques, des sources thermales et geyseriennes, des tremblement de terre et des mouvements lents de l'écorce terrestre. Il étudiera la formation des récifs de coraux, des tourbières et terminera par l'exposé des caractères qui permettent de diviser le sol français en région naturelles.

Chimie analytique. — M. Riban, maître de conférences, chargé du Cours, traitera de l'analyse quantitative.

Conférences.

Les conférences annuelles commenceront le lundi 14 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences mathématiques. — M. Raffy, maître de conférence, fera des conférences sur le Calcul différentiel et le Calcul intégral les lundis et vendredis, à 3 heures (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — M. P. Puiseux, maître de conférences, fera des conférences sur la mécanique et l'astronomie, les mercredis et samedis, à 3 heures (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). M. Kœnigs, docteur ès sciences, fera des Conférences aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques (Amphithéâtre de mathématiques), les mercredis, à 1 h. 1/2, et les jeudis, à 4 h. 3/4.

Sciences physiques. — M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. Pellat, maître de conférences, fera des leçons sur la Thermochimie et divers autres sujets de physique indiqués par MM. les professeurs Bouty et Lippmann; ces conférences auront lieu les lundis et jeudis, à 4 heures, dans l'amphithéâtre de physique. — Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 heures (laboratoire d'enseignement de physique). M. Joly, maître de conférences, fera, les mardis et samedis, à 10 h. 1/2, des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 5 heures, dans le laboratoire. — M. Salet, maître de conférences, fera, les mardis et samedis, dans la salle des Conférences, à 3 h. 1/2, des conférences sur différents points de chimie organique.— M. Riban, maître de conférences, fera une conférence d'Analyse qualitative, le vendredi, à 11 heures, au laboratoire de la rue Michelet: les travaux ont lieu tous les jours de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures.— Les manipulations pour la licence les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures. — Manipulations de chimie, le mercredi, pour les candidats à l'agrégation, de 1 heure à 5 heures ; le jeudi de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs des colleges. — M. Jannettaz maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

Sciences naturelles. — M. J. Chatin, professeur adjoint, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à 10 heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, des leçons sur les organes et fonctions de nutrition. — M. Pruvot, maître de conférences, fera les vendredis (amphithéâtre d'histoire naturelle), à 10 heures et les samedis à 7 heures 1/2 (Amphithéâtre d'histoire naturelle), des Conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers. — M. Vesque, maître de Conférences, fera, dans la salle des conférences, les lundis et les jeudis, à midi, des Conférences sous la direction de M. le Professeur Bonnier, sur les Cryptogames. — M. Velain, maître de conférences, fera, dans la salle des Conférences, les lundis et jeudis, à 9 heures, des conférences sur les caractères des roches et des fossiles et sur divers points de la Géologie indiqués par M. le professeur. — Les travaux pratiques auront lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 heures à 11 heures 1/2.

Le mardi, à 1 heure, dans la même salle, conférence de géographie physique.

Professeurs honoraires : MM. Pasteur et Duchartre.

Jours et heures des cours et des conférences.

Lundi : MM. Picard (Amph. d'Hist. Natur.), 8 h. 1/2; Mouton (Laborat. de Physique), 9 h.; Riban (rue Michelet, 3), 9 h.; Velain (Salle des Conférences), 9 h.; Chatin (Amph. d'Histoire natur.), 10 h.; Poincaré (Amph. de Mathém.), 10 h. 1/2; Vesque (Salle des Conférences), 12 h.: Troost (rue Michelet, 3); 1 h.; P. Raffy (r.-de-ch., esc. n° 2), 3 h.; Dastre (rue de l'Estrapade, 18), 3 h. 1/2 Pellat (Lic., Amph. de physique), 4 h,; Joly (Agrégation, Laboratoire), 5 h.

Mardi : MM. Boussinesq (Amph. d'Hist. nat.), 8 h. 1/2; Jannettaz (Laboratoire de Minéralogie), 8 h. 1/2; Tisserand (Amph. de Mathémat), 10 h. 1/2; Joly (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 10 h. 1/2 - Velain (Salle des Conférences) 1 h.; Bouty (Amph. de Physique) 1 h. 1/2; Duclaux (Amph. de Mathémat.), 2 h. 1/2; De Lacaze-Duthiers (Amphit. d'Hist. naturelle), 3 h. 1/2; Salet (Salle des Conférences) 3 h. 1/2; Raffy (Agrég. Amph. de Math.), 4 h. 1/2.

Mercredi : MM. Appell (Amph. d'Histoire natur.), 8 h. 1/2. Mouton (Laborat. de Physique), 9 h.; Riban (rue Michelet, 3), 9 h; Darboux (Amph. de Mathémat), 10 h. 1/2; Riban (rue Michelet, 3), 1 h.; Kœnigs (agrég. amph. de Mathém.) 1 h. 1/2; Debray (rue Michelet, 3), 2 h. 1/2. Puiseux (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 3 h.;

Jeudi : MM. Pellat (Agr. Labor. de Phys.), 8 h.; Picard (Amph. d'Hist. naturelle), 8 h. 1/2; Mouton (Laborat. de Physique), 9 h.; Riban (rue Michelet, 3), 9 h.; Velain (Salle des Conférences), 9 h.; Chatin (Amph. d'Histoire natur.), 10 h.; Poincaré (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2; Vesque (Salle des Conférences), 12 h.; Troost (rue Michelet, 3), 1 h.; Riban (rue Michelet, 3), 1 h.; Duclaux (Amph. de Mathémat.), 2 h. 1/2; Pellat (Lic., Amph. de Physique), 4 h.; Kœnigs (Agrég. Amph. de Math.), 4 h. 1/2; Joly (Agrég. Laboratoire), 5 h.

Vendredi : MM Pellat (Agr. Labor. de Phys.), 8 h.; Appell (Amph d'Histoire naturelle), 8 h. 1/2; Mouton (Laborat. de Physique), 9 h. Riban (rue Michelet, 3), 9 h.; Pruvot (Amph. d'Hist. naturelle), 10 h.; Darboux (Amph. de Mathémat.) 10 h. 1/2; Riban (rue Michelet, 11 h.; Debray (rue Michelet, 3), 2 h. 1/2; Raffy (rez-de-ch., esc. n° 2), 3 h.; Dastre (rue de l'Estrapade, 18), 3 h. 1/2.

Samedi : MM. Pruvot (Amp. d'hist. naturelle), 7 h. 1/2; Boussinesq (Amph. d'Hist. nat.), 8 h. 1/2; Jannettaz (Laboratoire de minéralogie), 8 h 1/2; Tisserand (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2; Joly (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 10 h. 1/2; Velain (Amph. d'Histoire natur.), 1 h.; Bouty (Amph. de Physique), 1 h. 1/2; Puiseux (Lic., r.-de-ch., esc. n° 2), 3 h.; De Lacaze-Duthiers (Amphit. d'Hist. naturelle), 3 h. 1/2; Salet (Salle des Conférences), 3 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours d'Algèbre supérieure, par M. Hermite; — de calcul intégral, par M. Picard; — d'astronomie physique, par M. O. Bonnet; — de mécanique, par M. Appell; — de physique mathématique, par M. Poincaré; — de mécanique physique et expérimentale, par M. Boussinesq: — de physique (seconde partie), par M. Lippmann; — de chimie organique, par M. Friedel; — de minéralogie, par M. Hautefeuille; — de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. Delage; de botanique, par M. Bonnier; — de géologie, par M. Hébert; — de physique céleste (cours annexe), par M. Wolf, professeur adjoint.

Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions.

Les sessions pour les divers baccalauréats s'ouvriront: l'une, le 10 juillet 1888; l'autre, le 25 octobre 1888. Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet. — Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première en octobre et novembre 1887; la deuxième, du 1er au 31 juillet 1888. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE.

I. *Ecole d'anthropologie* — Au siège de la Société d'Anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — Les cours sont publics. Programme des cours (1887-88).

Anthropologie générale. — *P. Topinard, prof.* : Lundis, à 4 heures, à partir du 7 novembre. Parallèle des caractères de supériorité et d'infériorité des races humaines. Evolution du crâne dans la série animale. Caractères régressifs et caractères progressifs.

Ethnologie. — *L. Manouvrier, prof.* : Vendredis, à 5 heures, à partir du 11 novembre. Des caractères physiologiques et particulièrement des caractères intellectuels dans les races humaines.

Anthropologie préhistorique. — *G. de Mortillet, prof.*: Lundis, à 8 h. 1/2 du soir, à partir du 7 novembre (projections) Origines de l'industrie et de l'agriculture.

Géographie médicale. — *Bordier, prof.* : Samedis, à 4 h. 1/2, à partir du 12 novembre. Influence du milieu intérieur et de la race sur les maladies. — Pathologie comparée. — Le transformisme en pathologie.

Histoire des civilisations. — *Ch. Letourneau, prof.* : Lundis, à 4 heures, à partir du 7 novembre. La propriété, ses origines, son ethnographie et son évolution.

Anthropologie anatomique. — *G. Hervé, prof.*: Mardis, à 5 heures, à partir du 8 novembre. Histoire naturelle et anatomie comparée des primates.

Anthropologie zoologique. — *Mathias Duval, prof.* : (Semestre d'été).

II. *Société d'Anthropologie.*— Cette Société tient ses séances, qui sont publiques, le 1er et 3me jeudi de chaque mois, à 3 heures, au 3me étage du batiment du musée Dupuytren. On y traite les questions les plus variées d'anatomie humaine et comparée, d'ethnographie, de géographie médicale, de demographie, de linguistique, d'archéologie surtout préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'étude de l'homme. Elle possède une bibliothèque ouverte au public les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 5 heures. Président pour 1887 : *Dr Magitot.* — Secrétaire général : *Dr Letourneau.* — Secrétaires : *Drs Fauvelle* et *Manouvrier.* Le *Progrès médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

Musée Broca. — Ce musée est situé au 3me étage du batiment du musée Dupuytren. Il appartient à la Société d'anthropologie dont il renferme les collections ainsi que les nombreuses pieces anatomiques provenant du laboratoire d'anthropologie. Il possède environ 8,000 cranes et 200 squelettes humains, une importante collection de moulages de cerveaux, divers objets d'ethnographie et une grande quantité d'ossements et d'instruments préhistoriques. Il est ouvert aux étudiants et aux docteurs sur la presentation de leur carte les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures. Conservateur : *M. Chudzinski.*

III. *Laboratoire d'Anthropologie.* — Ce laboratoire, fonde par Paul Broca, fait partie de l'école pratique des Hautes-Etudes. Il occupe le 3me etage du batiment du musee Dupuytren. Il est installe spécialement en vue des recherches d'anatomie anthropologique, on y dissèque de préférence les sujets de races exotiques et ceux qui présentent des anomalies ou des particularités quelconques intéressantes aux points de vue de l'anatomie comparee et de la teratologie. On y disseque egalement les suppliciés, des idiots microcéphales et aussi les cadavres provenant de la Société mutuelle d'autopsie. Outre la salle des dissections, le laboratoire comprend une salle destinée aux recherches histologiques, une salle de cérébrologie, de craniologie et d'anthropometrie, une salle des moulages, un cabinet de photographie et une bibliotheque. Le laboratoire d'anthropologie est ouvert gratuitement aux docteurs français et etrangers ainsi qu'aux étudiants qui désirent y faire des recherches anatomiques pour la preparation des theses de doctorat en médecine ou es sciences naturelles. Des conférences techniques y sont faites aux personnes qui veulent s'initier aux recherches anthropologiques, et le personnel se met également a la disposition des investigateurs qui ont besoin de renseignements. Enfin, des instructions sont données aux voyageurs et missionnaires scientifiques. — Directeur: Prof. *Mathias Duval.* — Adjoint : *Dr Topinard.* — Preparateurs : *Th. Chudzinski* et *Dr L. Manouvrier.*

Academie de médecine. — La question proposée pour le prix Portal (900 francs) est, pour 1888, la question suivante : « *Physiologie du muscle cardiaque.* » Les mémoires devront etre adressés à l'Académie avant le 1er mars 1888.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Programme des cours pour l'année classique 1887-1888.

Cours du premier semestre.

Cours de chimie appliquée aux corps inorganiques. — M. Frémy, professeur. — Le professeur ouvrira son cours de Chimie expérimentale le 15 novembre 1887, et le continuera tous les jours, de midi à cinq heures.

Cours de physique végétale. — M. Georges Ville, professeur. — Le cours comprendra deux parties. Dans la première, le professeur traitera des conditions physiques et chimiques qui déterminent la production des végétaux. — Dans la seconde, le professeur fera l'histoire des travaux qui ont été publiés depuis 1836 sur la part que l'azote atmosphérique prend dans la nutrition végétale et sur les applications qui en dérivent ; puis il s'occupera des modes de culture les plus propres à porter le rendement de la betterave, des pommes de terre et des céréales à la limite la plus élevée. Ce cours aura lieu les Lundis et Vendredis à trois heures.

Cours de botanique. — (*Organographie et physiologie végétale*). M. Ph. Van Tieghem, professeur. — Le professeur traitera de la morphologie, de la physiologie et de la classification des champignons. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à huit heures et demie.

Cours d'anatomie comparée. — M. G. Pouchet, professeur. — Le professeur exposera l'anatomie des Protozoaires, des Anthropodes et des vertébrés.

Les leçons auront lieu les Mardi, Jeudi et Samedi de chaque semaine, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon.

Cours de zoologie. — *Reptiles, batraciens et poissons.* M. Léon Vaillant, professeur. — Dans la première partie du cours, le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des batraciens et des poissons, en s'attachant à faire connaitre les applications à l'économie domestique, l'industrie, etc. Les leçons auront lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure. Elles seront complétées par des Conférences pratiques.

Cours de zoologie. — *Animaux articulés.* M Emile Blanchard, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation, des mœurs, des métamorphoses et de la classification des animaux articulés. Dans une partie du cours, il s'attachera aux comparaisons des faunes anciennes avec les faunes actuelles

Cours de zoologie. — *Annélides, mollusques et zoophytes.* M Edmond Perrier, professeur. — Le professeur traitera des Hydroméduses, des Coralliaires et des Echinodermes. Ce cours aura lieu le Mercredi et le Vendredi, à deux heures trois quarts.

Cours de culture. — M. Maxime Cornu, professeur. — Le professeur traitera des plantes cultivées. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à neuf heures.

Cours du second Semestre.

Cours de chimie appliquée aux corps organiques. — M. Chevreul, professeur — Le professeur commencera ce cours dans le courant du mois de mai Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à dix heures. Application des connaissances chimiques à la physiologie des plantes et des animaux. — Animaux au point de vue de la nutrition, préparation des aliments. Notions sur la cuisson. — Poissons, virus, médicaments, — Plantes au point de vue de la physiologie, assimilation du carbone. — Considération du sol. — Fumiers, préparation. — Amendements et engrais considérés au point de vue complémentaire. — Engrais dits chimiques; ce qu'ils sont réellement.

Cours de physique appliquée à l'Histoire naturelle. — M. Ed. Becquerel, professeur. — Le professeur traitera de la météorologie dans ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques et physiologiques. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à 1 heure.

Cours de géologie. — M. Daubrée, professeur. — Le professeur traitera du rôle géologique des eaux souterraines aux époques anciennes. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis à quatre heures et quart.

Cours de minéralogie. — M. des Cloizeaux, professeur. — Après avoir exposé les proprietes générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des Pierres Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à quatre heures trois quarts. Des conférences auront lieu le Jeudi.

Cours de physiologie végétale appliquée à l'agriculture. — M. Dehérain, professeur. — Le professeur traitera de la culture des plantes de la région septentrionale : Blé, avoine, orge, betteraves, pommes de terre, prairies de légumineuses et de graminées. — Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le Laboratoire, rue de Buffon 63; elles auront lieu immédiatement

après les leçons d'amphithéâtre. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à deux heures.

Cours de Botanique (classifications et familles naturelles) — M. Ed. Bureau, professeur. — Le professeur traitera des familles de plantes dicotylédones. Il examinera dans chaque famille les types actuellement vivants et ceux qui ont laissé des traces à l'état fossile. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à midi et demi. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales.

Cours de zoologie. — Mammifères et oiseaux. — M. A. Milne Edwards, professeur. — Ce cours portera sur l'organisation et la classification des mammifères. Il aura lieu pendant le semestre d'été les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heures, dans la salle des cours de zoologie. Il sera complété par des conférences faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie et indiquées par des affiches spéciales.

Cours de physiologie générale. — M. Rouget, professeur. — Le professeur continuera l'étude de la nutrition chez les végétaux et les animaux. — 1° la circulation des liquides nutritifs. — La fonction chlorophyllienne. — Les substances glycogènes. — Les matières grasses — Les substances azotées. — 3° Formation, entretien et reproduction des éléments des tissus. — Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis.

Cours de Paléontologie. — M. A. Gaudry, professeur. — Le professeur exposera l'histoire des animaux fossiles. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à trois heures et demie.

Cours d'anthropologie. — M. de Quatrefages professeur. — Le professeur poursuivra l'examen des questions générales de l'Anthropologie. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

Cours de pathologie comparée. — M. Chauveau, professeur. — Le professeur examinera les questions actuelles de physiologie pathologique générale. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à dix heures.

Cours de dessin appliqué à l'histoire naturelle. — M. Fremiet, pour les *Animaux*. Ce cours, qui se fait pendant le second semestre, aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à trois heures.

— M. A. Faguet, pour les *Plantes*. — L'ouverture de ce cours, qui dépend de la marche de la saison, sera annoncée par une affiche particulière. Il aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à 3 heures

La bibliothèque du Muséum est ouverte aux lecteurs, de 10 à 4 heures, tous les jours, excepté les Dimanches et Jours fériés.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Année scolaire 1887-1888. — *Cours du premier semestre.*

Directeur : M. Planchon.

Directeur honoraire : M. Chatin.

Professeurs honoraires : MM. Berthelot et Chatin.

Zoologie. M. A. Milne-Edwards, professeur, mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. — Anatomie et physiologie animales. Amphithéâtre du Sud.

Histoire naturelle des médicaments. M. Planchon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. — Produits fournis par les familles depuis les Labiées jusqu'aux Renonculacées. Amphithéâtre du Nord.

Chimie minérale. M. Riche, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/4. — Généralités de la chimie. — Métalloïdes Amphithéâtre du Nord.

Physique. M. Le Roux, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 3/4 — Acoustique et Optique. Amphithéâtre du Sud.

Pharmacie galénique. — M. Bourgoin, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h — Histoire de la pharmacie. — Opérations pharmaceutiques. — Examen des principaux groupes de médicaments au double point de vue de la forme pharmaceutique et de la composition chimique. Amphithéâtre du Sud.

Chimie analytique (cours complémentaire). M. Villiers, agrégé, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. — Analyse qualitative des matières médicales. — Composés organiques. — Matières alimentaires. — Produits physiologiques et pathologiques. Amphithéâtre du Nord.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : Riche, pour la chimie générale. Jungfleisch, pour la chimie analytique. Guignard, pour la micrographie. — M. Leidié, chef des travaux chimiques de 1re année. *Chimie.* M. Lextrait, chef des travaux chimiques, de 2e année. *Chimie.* M. Hérail, chef des travaux micrographiques. — 3e année. *Micrographie.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 h. 1/2. Laboratoires — 4e année : Les candidats au diplôme supérieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'Ecole, et d'une manière permanente, à tous les travaux et exercices utiles à leurs études.

Tableau des jours et heures des cours du 1er semestre. Lundis : MM. Planchon, 4 h. 1/2 ; Bourgoin, 9 h.; Villiers, 10 h. — Mardis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2; Riche, 4 h. 1/4.; Leroux, 2 h. 3/4. — Mercredis : MM. Planchon, 4 h. 1/2; Bourgoin, 9 h.; Villiers, 10 heures. — Jeudis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4 : Leroux, 2 h. 3/4. — Vendredis : MM. Planchon, 4 h. 1/2 ; Bourgoin, 9 h.; Villiers, 10 h. — Samedis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4; Leroux, 2 h. 3/4.

Cours du second semestre.

Chimie organique. M. Jungfleisch, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. — Seconde partie du cours. — Révision de la première partie du cours. — Aldéhydes. — Acides, composés organo-métalliques, alcalis, amides. Amphithéâtre du Nord.

Hydrologie et histoire des minéraux. M. Bouchardat, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. — Hydrologie et généralité de minéralogie. — Amphithéâtre du Sud.

Botanique cryptogamique. M. Marchand, professeur, mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. — Généralités. Le professeur insistera sur la classification des cryptogames à chlorophylle. Amphithéâtre du Nord.

Pharmacie chimique. M. Prunier, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures. — Etude des composés organiques, usités en pharmacie. Amphithéâtre du Sud.

Toxicologie. M. Moissan, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2. — Toxicologie chimique. — Cours complet. Amphithéâtre du Nord.

Botanique générale. M. Guignard, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 10 h. — Morphologie et physiologie végétales. Amphithéâtre du Nord.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à M. le professeur Riche, pour la chimie générale. M. le professeur Jungfleisch, pour la chimie analytique. M. le professeur Leroux, pour la physique. M. le professeur Guignard, pour la micrographie. M. Leidié, chef des travaux chimiques, 1re année. *Chimie.* Lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2, au Laboratoire. — M. Hérail, chef des travaux micrographiques, 2e année. *Micrographie.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2. 2e année. *Physique.* Jeudi et samedi, au Laboratoire. — M. Hérail, chef des travaux micrographiques, 3e année. *Micrographie.* Mardi, jeudi et samedi, de 1 h. 1/2 à 5 heures. 3e année. *Physique.* Lundi et mercredi, de 1 h. à 4 heures 1/2, aux Laboratoires. — 4e année. Les candidats au diplôme supérieur sont admis à tous les travaux et exercices utiles à leurs études. — 1re, 2e et 3e années : *Herborisations*, par MM. les professeurs de botanique.

Tableau des jours et heures des cours du 2e semestre. Lundis, MM. Jungfleisch, 4 h. 1/2 ; Bouchardat, 9 h. — Mardis : MM. Prunier, 9 h.; Marchand, midi 1/2; Moissan, 3 h. 1/2; Guignard, 10 h.; Mercredis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/2 ; Bouchardat, 9 heures. — Jeudis : MM. Prunier, 9 h. ; Marchand, midi 1/2 ; Moissan, 3 h. 1/2 ; Guignard, 10 h. — Vendredis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/2; Bouchardat, 9 h. — Samedis : MM. Prunier 9 h.; Marchand, midi 1/2; Moissan, 3 h. 1/2.; Guignard, 10 heures.

Dispositions générales.

Les études en vue de l'obtention des diplômes de pharmacien de 1re et de 2e classe durent six années, savoir : trois années de stage dans une officine et trois années de scolarité.

Le décret du 26 juillet 1885 règle comme il suit les conditions du stage et de la scolarité.

Stage. — Le stage officinal est constaté au moyen d'inscriptions délivrées au Secrétariat de l'Ecole.

Pour être admis à prendre la première inscription, le stagiaire doit avoir seize ans accomplis ; il produira : en vue de la 1re classe, le diplôme de bachelier ès sciences ou ès lettres complet ou de l'enseignement secondaire spécial ; en vue de la 2e classe, le certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886 et exigible à dater du 1er novembre 1887.

L'inscription a lieu, dans le délai de quinzaine, sur la production d'un certificat de présence délivré par le titulaire de l'officine à laquelle le stagiaire est attaché ; toute période de stage irrégulièrement constatée est considérée comme nulle.

L'inscription doit être renouvelée tous les ans, au mois de juillet, et régularisée à chaque changement d'officine par l'élève. — Le stagiaire acquitte un droit fixe de *un franc* par inscription.

Les stagiaires de 1re et de 2e classe qui justifient de trois années régulières de stage subissent un *examen de validation*, dont le programme est déterminé, devant un jury spécial qui siège à l'Ecole deux fois par an, aux mois de juillet-août et de novembre. La deuxième session annuelle s'ouvrira le mercredi 3 novembre 1887.

Aucun candidat ne peut se présenter pour l'examen de validation devant deux établissements différents pendant la même session. En cas d'infraction à cette disposition, le candidat peut être exclu à temps ou à toujours de toutes les Ecoles de Pharmacie.

Immatriculation. — L'élève qui commence ses études à l'Ecole

doit déposer au secrétariat : 1° son acte de naissance ; 2° le certificat d'examen de validation de stage ; 3° pour la 1re classe, l'un des diplômes de bachelier exigés ; pour la 2e classe, l'un des certificats d'étude ou de grammaire prévus par les décrets du 26 juillet 1885 et du 30 juillet 1886 ; 4° s'il est mineur, le consentement de son père ou tuteur l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques.

Les élèves sont tenus, en entrant, d'écrire eux-mêmes, sur un registre spécial, leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance, leur adresse exacte et celle de leur famille. Chaque changement de résidence fera l'objet d'une nouvelle déclaration. L'élève qui fait une fausse déclaration est passible de la perte d'une ou de deux inscriptions.

Inscriptions de scolarité. — Les inscriptions de scolarité sont au nombre de douze et payantes pour les deux classes. Elles sont délivrées, pendant la première quinzaine de chaque trimestre, aux jours et heures déterminés par le règlement intérieur de l'Ecole.

La première inscription doit être prise au trimestre d'octobre-novembre, à partir du 25 octobre. Les élèves ne peuvent, à aucun titre, prendre leurs inscriptions par correspondance ni par mandataire.

En aucun cas, les inscriptions de 2e classe ne peuvent être converties en inscriptions de 1re classe pour les élèves en cours d'études. Cette conversion peut être autorisée en faveur des pharmaciens de 2e classe qui ont exercé la pharmacie pendant un an au moins.

Travaux pratiques obligatoires. — Pendant les trois années de la scolarité, les éleves de 1re et de 2e classe sont tenus de prendre part aux travaux pratiques obligatoires, qui comprennent nécessairement la chimie minérale, organique et analytique, la toxicologie, la pharmacie, la minéralogie et la physique. Les herborisations sont également comprises dans les travaux pratiques.

Travaux pratiques facultatifs. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions et ceux dont la scolarité sera interrompue par suite d'ajournement à un examen de fin d'année ou semestriel, pourront, sur leur demande écrite, être admis par M. le Directeur à prendre part à telle ou telle série de travaux pratiques, moyennant le payement, en un seul terme, d'un droit fixe de 40 francs. Cette rétribution est indépendante des droits de travaux pratiques obligatoires et ne peut être confondue avec eux.

Le candidat ajourné à un examen de fin d'année n'est admis à participer qu'aux manipulations de l'année qu'il n'a pas validée. — L'admission aux exercices facultatifs ne confère aucun droit à des inscriptions rétroactives.

Examens de fin d'année. — Les candidats de 1re et 2e classe subissent un examen de fin d'année après les 4e et 8e inscriptions ; en outre, ceux de 1re classe passent un examen semestriel après la 10e inscription.

Les examens de fin d'année ont lieu au mois de juillet ; l'examen semestriel dans la première quinzaine d'avril. Les candidats ajournés peuvent renouveler cette épreuve aux mois de juillet et de novembre. Ces examens portent sur les matières enseignées pendant l'année scolaire qu'ils valident. Tout étudiant ajourné à un examen de fin d'année ne peut être autorisé à changer d'Ecole avant d'avoir réparé son échec.

Examens probatoires. — Après la 12e inscription, les étudiants dont la scolarité est régulière, sont admis à subir les trois examens probatoires. Aucune dispense d'âge n'est exigée des candidats : aucun délai n'est imposé entre chacun de ces examens subis avec succès. En cas d'échec, le délai d'ajournement est fixé à trois mois au minimum.

Les candidats au diplôme de 1re classe doivent subir les trois examens probatoires dans l'Ecole où ils ont accompli la troisième année de leur scolarité. Les aspirants au diplôme de 2e classe sont tenus de les subir devant la Faculté ou Ecole dans le ressort de laquelle ils doivent exercer. Le diplôme n'est délivré à l'impétrant qu'après ses vingt-cinq ans révolus.

Interruption des études. — En vertu de l'article 27 du décret du 30 juillet 1883, tout étudiant qui, sans motifs jugés valables par l'Ecole, néglige *pendant deux ans* de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. Le temps passé sous les drapeaux n'est pas compté dans le délai de péremption.

Diplôme supérieur. — Le décret du 12 juillet 1878 a institué un diplôme supérieur qui s'obtient, pour les candidats déjà pharmaciens de 1re classe non pourvus du grade de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, à la suite d'une quatrième année d'études, validée par un examen et la soutenance d'une thèse originale acceptée par l'Ecole. Les candidats qui justifient de l'un des grades de licencié précités ne sont astreints qu'à la soutenance de la thèse.

Le diplôme supérieur est équivalent au doctorat ès sciences physiques ou naturelles. Les pharmaciens qui en sont pourvus peuvent être nommés aux emplois de professeurs ou agrégés dans les Ecoles supérieures, aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les Facultés mixtes.

Perception des droits universitaires. — La perception des droits de bibliothèque et de travaux pratiques obligatoires et facultatifs, le recouvrement et le remboursement des consignations pour examens de toute nature sont opérés à la caisse du Receveur des droits universitaires, rue Saint-Jacques, 55, à Paris, sur la présentation d'un *bulletin de versement* ou d'un *ordre de remboursement*, suivant le cas, que le Secrétaire de l'Ecole délivre à l'étudiant, ou au candidat ajourné, sur sa demande.

Aux termes de l'article 4 de l'arrêté du 25 juillet 1882, les familles des étudiants ont la faculté d'effectuer les mêmes opérations financières aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, dans leur département.

Bourses. — Le concours pour l'obtention des bourses annuelles de pharmacien de 1re classe s'ouvrira à l'Ecole, le lundi 24 octobre. Les candidats devront se faire inscrire à la Sorbonne jusqu'au 15 octobre, en produisant les pièces exigées.

Bibliothèque. — La Bibliothèque de l'Ecole est ouverte tous les jours non fériés de 11 heures du matin à 4 heures.

Salles de collections. Les salles de collections sont ouvertes aux étudiants aux jours et heures qu'indiquent des affiches spéciales.

Jardin botanique. — Le jardin botanique est ouvert aux élèves tous les jours non fériés, de 7 heures du matin à 6 heures du soir en été, et de 8 heures à 4 heures en hiver.

Cours.—L'ouverture des Cours est fixée au mercredi 3 novembre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques à l'Institut tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes, celles des *sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections, et celles des *sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; — minéralogie ; — botanique ; — économie rurale ; — anatomie et zoologie ; — médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

La section de médecine et chirurgie comprend MM. Marey, Charcot, Richet, Brown-Séquard, Bouchard et Verneuil.

M. Pasteur, élu en 1887 secrétaire perpétuel, ne compte à aucune section. La section d'anatomie et zoologie est composée de MM. E. Blanchard, de Quatrefages, de Lacaze-Duthiers, Alph. Milne-Edwards, Sappey et Ranvier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h. 1/2, rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*). Les travaux de la Société embrassent toutes les branches de la biologie, mais plus particulièrement la physiologie expérimentale, la physiologie pathologique, l'histologie normale et pathologique, la clinique, la physique et la chimie médicales. Les étudiants en médecine, qui ont déjà plusieurs années d'études, ont tout intérêt à suivre les séances de cette Société. Ils pourront y entendre fréquemment, outre leurs professeurs de l'école et leurs maîtres dans les hôpitaux, des hommes tels que Ranvier, Malassez, Brown-Séquard, Mathias Duval, Hanot, d'Arsonval, Straus, Pouchet, Fr.-Franck, Grimaux, Duclaux, etc., qui comptent parmi les membres les plus assidus. Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, à 3 h. 1/2. Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10 ; pathologie médicale, 13 ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; accouchements, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10 ; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut-être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100 ; celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante :

1° Anatomie et physiologie, — pathologie médicale, — thérapeutique et histoire naturelle — anatomie pathologique, — hygiène et médecine légale correspondants nationaux, 50 ; étrangers, 25). — 2° Pathologie chirurgicale, — médecine opératoire, — accouchements (correspondants nationaux, 21 ; étrangers, 12). — 3° Médecine vétérinaire

correspondants [illegible] Physique et chimie médicales, — pharmacie (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10).

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et enfin discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux ; au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits ; elle est ouverte aux membres seuls. Bibliothécaire : M. Dureau ; chef des bureaux : M. Chancre.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis et samedis, à midi précis. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service, M. Blot. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. Hardy.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures 3 heures.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes et des plus importantes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. Tous les deux ans, la *Société anatomique* décerne le *Prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. Les étudiants qui en liront les comptes rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat.

Aucune communication n'est faite sans pièces à l'appui. Cela évite toute discussion oiseuse, purement clinique et on a de plus l'avantage de voir défiler sous ses yeux les cas les plus rares de l'anatomie pathologique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de Chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. Elle se déclare en vacances pendant les mois d'août et de septembre. La plupart de ses membres titulaires appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires de Paris. Les membres correspondant aux nations sont les célébrités chirurgicales de la province et ont la direction des services chirurgicaux dans les hôpitaux de nos grandes villes. — La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. — Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes titulaires dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. — Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. — Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. — Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ intérêt d'une somme de 10,000 fr. La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La *Société médicale des hôpitaux* se réunit le 2e et le 4e vendredi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3, à 3 heures et demie ; ces séances sont publiques. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets encore à l'étude. C'est ce qui arrive principalement lorsque une question générale est mise à l'ordre du jour ; plusieurs membres de la société traitent alors le sujet en détail et leurs mémoires sont discutés publiquement. Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical* — Président pour l'année 1887, M. Féréol ; vice-président, M. N... ; secrétaire général, M. Desnos.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

La *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, fondée depuis dix ans pour étudier et vulgariser toutes les questions relatives à l'hygiène publique et privée, à l'épidémiologie, à la police sanitaire, à la pathologie professionnelle, tient ses séances publiques 3, rue de l'Abbaye, le quatrième mercredi de chaque mois, à 8 h. 1/2 du soir. Ses travaux sont publiés chaque mois par la *Revue d'hygiène et de Police sanitaire*, et réunis en 1 volume à la fin de chaque année.

La *Société de médecine publique* a organisé le congrès d'hygiène de Paris en 1878. Elle a pris une part active aux congrès de Turin (1880), Genève (1882), La Haye (1884), Vienne (1887). C'est à son instigation qu'une section d'hygiène et de médecine publique a été créée à l'Association française pour l'avancement des sciences. Elle a organisé en 1886, avec le concours du Conseil municipal de la ville de Paris une intéressante exposition d'hygiène urbaine à la caserne Lobau.

Elle distribue des médailles de vermeil, d'argent et de bronze aux auteurs des meilleures thèses soutenues devant les Facultés de médecine sur des sujets relatifs à l'hygiène. Ces thèses doivent être envoyées au secrétaire général avant le 31 décembre de chaque année.

Le nombre des membres de cette Société, déjà considérable, est illimité. Les médecins, les architectes, les ingénieurs, les industriels, les économistes, tous ceux enfin dont les travaux touchent aux grandes questions d'hygiène publique et sociale sont admis à en faire partie. Tout ce qui concerne la Société doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr Henri Napias, 68, rue du Rocher (Paris).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

La *Société de médecine légale* tient ses séances le second lundi de chaque mois, à 3 heures précises, au Palais-de-Justice, dans la salle d'audience des référés. Entrée par le boulevard du Palais, n° 2.

Ces séances constituent de très intéressantes conférences de médecine légale, auxquelles les étudiants, aussi bien que les médecins, trouveraient grand intérêt à assister. Les séances sont publiques. Déjà la Société a fait paraître neuf volumes de Bulletins à la librairie J.-B. Baillière et fils.

Cette Société a organisé, pendant l'Exposition universelle de 1878, un *Congrès international de médecine légale*, dans lequel ont été traitées d'importantes questions, et dont les travaux ont été publiés en un volume distinct des Bulletins de la Société et imprimé à l'imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce. Le *Progrès médical* a l'habitude de publier l'ordre du jour de chaque séance dans le n° qui la précède.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, D'HYDROLOGIE, ETC.

La *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie* se réunissent, comme la *Société de chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très instructives sur les questions à l'ordre du jour. Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de l'Abbaye, n° 3 ; la *Société française d'hygiène*, etc., dont le siège est au n° 44 de la rue de Rennes, tient ses séances le deuxième vendredi de chaque mois : la *Société de psychologie physiologique*, présidée par M. Charcot, dernier lundi de chaque mois, à huit heures du soir, 3, rue de l'Abbaye ; la *Société de médecine clinique*.

Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études, assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés. La *Société de thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement, le 2e et le 4e mercredi de chaque mois. Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les Sociétés d'arrondissement, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Année 1887-1888.

Directeur : M. le médecin inspecteur Perrin,
Sous-Directeur : M. le professeur Poncet, médecin-chef de l'hôpital militaire.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale. — MM. Kelsch, 1 fois par semaine.
Clinique chirurgicale. — M. Delorme, 1 fois par semaine.

Cours.

Épidémiologie. — M. Kelsch, professeur.
Blessures par armes de guerre. — M. Delorme, professeur.
Anatomie. — M. Poncet, professeur.
Opération. — M. Chauvel.
Hygiène. — M. Laveran, professeur.
Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. — M. Burcker, professeur.
Administration : M. X...

Conférences et exercices pratiques.

Travaux anatomiques. — M. Vautrin, professeur agrégé.
Exercices de médecine opératoire. — M. Nimier, prof. agrégé.
Exercices d'ophthalmoscopie. — M. Nimier, professeur agrégé.
Conférences d'hygiène et de médecine légale militaires.— M. Richard, professeur agrégé.
Conférences et exercices d'anatomie pathologique. — M. Vaillard, professeur agrégé.
Petite chirurgie, bandages et appareils. — M. Chavasse, professeur agrégé.
Manœuvres d'ambulance. — M. Nimier, professeur agrégé.
Manipulations chimiques. — M. Gessard, professeur agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Cours et conférences.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. — M. Burcker, professeur.
Pharmacie militaire et comptabilité.—M. Gessard prof. agrégé.
Médecin-major attaché à la direction : M. Forgemol.
Aides-majors surveillants : MM. Ferraton, Moziman et Couton, pharmacien.

Nota. — Par autorisation du Ministre de la guerre, les élèves civils peuvent être admis à suivre les cours de l'école; à cet effet, ils devront se présenter à M. le Directeur, qui leur remettra des cartes d'entrée.

ÉCOLES DENTAIRES

Le *Progrès médical* a été l'un des premiers journaux de médecine français à signaler l'insuffisance de l'enseignement de l'odontologie et l'insuffisance des services hospitaliers. Sur ce dernier point, l'Assistance publique a, en partie, réalisé le vote du Conseil municipal l'invitant à créer des services dentaires dans les hôpitaux; nous regrettons qu'elle ne les ait point nommés au concours. Sont nommés chirurgiens dentistes des hôpitaux à partir du 15 octobre 1887 : MM. les Drs Andrieu, Charité ; Cruet, Salpêtrière ; David, Pitié ; Ferrier, Lariboisière ; Gaillard, Saint-Antoine ; Galippe, Enfants-Malades ; Marchandé, Saint-Louis ; Dietkieviecz, Hôtel-Dieu. Chaque dentiste devra faire en son hôpital respectif deux consultations par semaine. Pour l'enseignement des dentistes dont le nombre toujours croissant atteint aujourd'hui le chiffre de 1,500, la faculté n'a rien fait. L'initiative individuelle, et nous nous en félicitons, a comblé la lacune laissée par la Faculté.

Il existe à Paris deux écoles dentaires libres. L'une dont le siège est rue Richer, 23, a été fondée en 1879, sous le nom d'*École dentaire de Paris* ; elle est dirigée par le Dr Th. David et subventionnée par la ville de Paris. Elle a déjà reçu 380 élèves, et délivré 140 diplômes. Le corps enseignant se compose pour les cours théoriques et pratiques du soir des Drs Deny (Anatomie et physiologie), Gérard (Histoire naturelle, démonstrations et exercices pratiques de micrographie), Marie (Chimie), Aubeau (Thérapeutique et matière médicale), Decaudin (Dissection), Faucher (Physique, chimie et métallurgie appliquées à l'art dentaire), Thomas (Éléments de pathologie générale), Prengrueber (Anatomie topographique de la bouche et de ses annexes), David (Pathologie spéciale), M. Poinsot (Thérapeutique spéciale, traitement et obturation des dents), M. E. Pilette (Prothèse et mécanique dentaires). Les cliniques qui ont lieu tous les matins de 8 heures à 11 heures sont dirigées par MM. Levett, David, Aubeau, Poinsot, assistés de MM. Bloman, R. Chauvin, Dubois, Godon, Heidé, Lemerle et Bonnet, chefs de clinique ou démonstrateurs. Divers laboratoires sont annexés à cette école. Soutenue par l'association générale des dentistes de France, elle a reçu l'appui de MM. Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, Hérard, Pinard; elle délivre des diplômes de chirurgien dentiste. Son enseignement comprend trois années d'études. Les frais d'inscription, d'examen et de diplôme s'élèvent à 1,200 francs.

INSTITUT ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE

Il existe depuis 5 ans, 3, rue de l'Abbaye, une association scientifique et philanthropique connue sous le nom d'*Institut odontotechnique de France*, présidée par M. le Dr Andrieu. Il comprend notamment une *École dentaire*, patronnée par un conseil scientifique, composé de MM. Richet, Gavarret, Sappey, Trélat, Le Fort, Guyon, Duplay, Fournier, Brouardel, Proust. — Cette école est dirigée par M. E. Brasseur, médecin de la Faculté de Paris, chirurgien-dentiste. Les cliniques (de 8 à 10 h. du matin) sont faites par MM. Brasseur, Andrieu, Ducournau, Marchandé, du Bouchet, Amyot. Dentisterie opératoire, aurifications, par M. Michaëls. Les cours théoriques ont lieu le soir : Dr Ramonat (Pathologie et thérapeutique) lundi et jeudi de 8 à 9 heures; Dr Demontporcelet (Anatomie et physiologie), lundi de 9 à 10 h. et vendredi de 8 à 9 h.; MM. Saussine et Pourchet (Mécanique et prothèse dentaires), mercredi de 9 à 10; Dr Viron (Physique, chimie, histoire naturelle et pharmacologie), mercredi de 8 à 9; Dr Gaillard (Pathologie et thérapeutique dentaires) vendredi de 9 à 10 h. Exercices de dissection, manipulations chimiques, micrographie, etc. — La durée des études est de trois années à la fin desquelles, à la suite d'examens, il est délivré aux élèves un *diplôme de capacité* dit de l'Institut odontotechnique de France. Est admis à l'école tout individu âgé de 17 ans au moins présentant un duplicata de l'un des 2 baccalauréats, ou le certificat de grammaire ou celui de l'enseignement secondaire spécial. Pendant les deux premières années, le livret d'enseignement primaire et l'examen du volontariat sont admis. Les frais d'études, inscriptions, examens et diplôme, s'élèvent à 760 francs.

Il est annexé à l'École un laboratoire de prothèse où les étudiants apprennent la mécanique dentaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Année scolaire 1887-88 (Semestre d'hiver).

Ouverture le 3 novembre.

Cours (Semestre d'hiver).

Médecine légale et toxicologie.— M. Jaumes, professeur.
Pathologie interne.— M. Castan, professeur, doyen.
Physiologie. — M. Lannegrace, professeur.
Opérations et appareils. — M. Grynfeltt, professeur.
Pathologie externe. — M. Chalot, professeur.
Anatomie.— M. Gilis, agrégé.
Anatomie pathologique et histologie. — M. Kiener, professeur.

Cours auxiliaires et conférences.

Histoire naturelle et zoologie médicale. — M. Granel, agrégé.
Accouchements. — M. G[illegible], agrégé.
Physique. — M. Malosse, agrégé.
Chimie. — M. Ville, agrégé.
Anatomie. — M. Gilis, agrégé, chef des travaux.
Anatomie. — M. Lapeyre, prosecteur.

Cliniques annuelles.

Clinique interne. — MM. Combal et Grasset, professeurs.
Clinique externe. — MM. Dubrueil et Tédenat.
Clinique obstétricale et gynécologie. — M. Dumas (Léon), professeur.
Clinique des maladies nerveuses et mentales. — M. Cavalier.
Clinique des maladies des enfants. — M. Battle, chargé de cours.
Clinique des maladies des vieillards. — M. Hamelin, professeur.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. M. Gayraud, chargé de cours.
Clinique ophthalmologique. — M. Truc, chargé de cours.

Cours du semestre d'été.

Physique médicale. — M. Moitessier, professeur.
Chimie médicale. — M. Engel, professeur.
Hygiène. — M. Bertin, professeur.
Thérapeutique et matière médicale. — M. Hamelin, professeur.
Botanique et Histoire naturelle médicale. — M. Planchon, professeur.

Cours et Conférences.

Histologie. — M. Carrien, agrégé.
Pathologie et Thérapeutique générales. — M. Mossé, agrégé.
Pathologie interne. — M. Brousse, agrégé
Pathologie externe. — M. Truc, agrégé.
Physiologie. — M. Tapié, agrégé.
Médecine légale. — M. Blanc, agrégé.

Travaux pratiques.

Physiologie. — M. François, chef des travaux.
Médecine opératoire. — M. Greyfelt, professeur.
Chimie. — M. Ville, chef des travaux.
Doyen honoraire : M. Benoit ; professeurs honoraires : MM. Martins et Dupré ; secrétaire honoraire : M. Blaise.
Anatomie. — M. Gélès, chef des travaux.
Anatomie pathologique. — M. Kiener, professeur.

Agrégés en exercice.

Section de Médecine. — MM. Carrien, Mossé, Regimbeau, Blaise, Baumel, Brousse.
Section de Chirurgie et d'accouchements. — MM. Forgues, Truc, Gerbaud.
Section des Sciences anatomiques et physiologiques. — MM. Granel, Gilis, Topie.
Sections des Sciences physiques. — MM. Ville, Malosse.

Répartition des cours par année d'études pendant le semestre d'hiver.

1re *Année.* — Conférences de Chimie, de Physique, d'Histoire naturelle. Travaux pratiques de Physique.

2e *Année.* — Cours d'Anatomie, de Physiologie, d'Histologie. Travaux pratiques d'Anatomie.

3e *Année.* — Cours d'Anatomie, de Physiologie, d'Histologie et Anatomie pathologique, de Pathologie médicale, de Pathologie chirurgicale. Travaux pratiques d'Anatomie. Cliniques.

4e *Année.* — Cours de Pathologie chirurgicale, médicale, d'Opérations et Appareils, d'Anatomie pathologique, de Médecine légale. Conférences d'Accouchements. Travaux pratiques d'Anatomie pathologique. Cliniques.

Le *Musée anatomique* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 h. — Le *Conservatoire du Jardin des plantes* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 h.— La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi à 4 h., excepté le mercredi, et tous les soirs, de 7 h. et demie à 9 h. et demie.

Dispositions réglementaires.

Pour être admis à s'inscrire, l'*étudiant qui aspire au grade de Docteur* doit déposer au Secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° un certificat de bonne vie et mœurs ; 3° s'il est mineur, l'autorisation de ses père, mère ou tuteur ; 4° les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint (décret du 20 juin 1878), ou, à la place de celui-ci, le diplôme de bachelier ès sciences complet, ou celui de bachelier de l'enseignement spécial (décret du 28 juillet 1882).

Les *aspirants au titre d'Officier de santé* sont dispensés de produire les deux diplômes ci-dessus. Ils doivent être âgés de 17 ans, et, à défaut de diplômes, présenter le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou le certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial.

La durée des études pour obtenir le titre d'officier de santé est de quatre années, pendant lesquelles le candidat doit prendre seize inscriptions trimestrielles (art. 1er du décret du 1er août 1883).

Les examens définitifs ne peuvent être subis qu'après la seizième inscription et devant la faculté ou école dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer (art. 7 et 9 du décret du 1er août 1883).

Au mois de novembre 1886, les dispositions du décret du 1er août 1883 seront seules en vigueur.

Les inscriptions d'officier de santé ne seront plus, en aucun cas, converties en inscriptions de doctorat pour les élèves en cours d'études ; néanmoins cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui auront exercé la médecine pendant deux ans au moins (art. 6 du décret du 20 juin 1878) et qui justifieront des deux diplômes exigés ci-dessus.

Les inscriptions doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 2 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet, et elles ne sont valables qu'autant qu'elles sont régularisées dans la dernière quinzaine de chaque trimestre, par la signature des élèves sur le registre des présences et par le dépôt du certificat de stage dans les hôpitaux.

Les examens pour l'obtention du certificat de grammaire que doivent fournir les aspirants au titre d'Officier de santé, auront lieu le jeudi 15 novembre, à 8 heures du matin, dans une des salles du Lycée.

Montpellier, 23 octobre 1887.

Mon cher Rédacteur en chef,

... Le principal événement à relever dans notre vie scolaire est la nomination d'un professeur de thérapeutique dans des conditions légales, mais regrettables. Vous avez déjà reproduit dans le *Progrès* un article de la *Revue scientifique* sur ce sujet. Je laisse de côté la question de personnes, qui est secondaire et rapetisserait le débat. Voici le fait, gros de conséquences : la Faculté de médecine présente, par 10 voix contre 5, M. A. pour la chaire de thérapeutique régulièrement déclarée vacante, et place en seconde ligne M. B. par 8 voix contre 7. La section permanente du Conseil supérieur renverse l'ordre des présentations, et c'est M. B. qui a été nommé professeur. La leçon est brutale ; de plus, elle est piquante au moment où l'on nous parle tant de notre autonomie, de notre indépendance et des bienfaits de la décentralisation. On voit que tous ces beaux projets sont restés théoriques. Il ne faut pas oublier que la section permanente est en très grande majorité formée de personnages absolument incompétents pour apprécier les titres d'un candidat à une chaire. C'est donc une autorité administrative. Si on veut lui laisser un certain contrôle, soit ; qu'elle ait un droit de veto, un droit d'appel ; mais que l'appel soit jugé par des hommes de la partie ; qu'on fasse, dans les cas de dissentiment, dresser une liste par un jury de professeurs de la section, choisis dans toutes les Facultés de France, en dehors de la Compagnie intéressée. Rien de décourageant, au contraire, pour des professeurs attachés à l'Université, comme ces soufflets gratuits à leur autorité morale ! Rien de troublant, pour les futurs candidats, comme ces coups de force qui les poussent à préférer le culte des influences extra-médicales à l'élaboration de vrais travaux scientifiques.

Second exemple de décentralisation et d'autonomie. Il semblait qu'après le décret de décembre 1885 les Facultés seraient maîtresses de faire déclarer les vacances de chaire quand elles le voudraient. Elles sont, en effet, bien libres de le demander, mais non de l'obtenir. Notre chaire d'anatomie est privée de titulaire depuis un an ; la Faculté a demandé *trois fois* la déclaration de vacance et n'a pas encore pu l'obtenir. Pourquoi ? Et voilà l'année scolaire qui se rouvre sans que nous ayons un titulaire à la tête d'un service de premier ordre. La Faculté sait (et elle seule peut le savoir) qu'il y aura des candidats, très dignes de la place, le jour où on déclarera la chaire vacante. Lui refuser cette déclaration de vacance ne peut être que : ou une manœuvre coupable (ce que je me refuse à admettre), ou une vexation gratuite (ce qui est encore bien décourageant et peu décentralisateur.)

Encore une petite vexation avant de clore ma lettre. Des règlements formels fixent le nombre des agrégés en exercice dans chaque section ; par suite de nominations au professorat, il manque un agrégé en chirurgie ; le doyen demande le rappel à l'exercice d'un agrégé sortant ; on refuse catégoriquement en donnant cette unique raison que, sur quatre professeurs de chirurgie, trois sont *jeunes* et que par conséquent on peut bien se priver d'un agrégé ; et puis l'on dira que nos gouvernants ne font pas des économies dans le budget de l'instruction publique.

Je ne veux cependant pas ne mettre que des doléances dans cette correspondance et je terminerai par deux bonnes nouvelles. Un enseignement annexe de clinique ophtalmologique a été récemment créé à l'hôpital Saint-Eloi et confié à un de nos agrégés les plus distingués, M. Truc, qui a admirablement organisé son service, déjà fort suivi.

La Faculté a été heureuse d'appeler à la chaire d'anatomie pathologique M. le médecin principal Kiener, dont tout le monde connaît et apprécie les beaux travaux en histologie normale et pathologique. Par ce vote quasi unanime, notre Faculté a bien montré que, si elle est jalouse de son indépendance, elle n'est nullement dominée par un esprit étroit quelconque, de secte ou de clocher.

Bien à vous. X.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

Cliniques, Cours et Exercices pratiques.

(*Rentrée le* 3 *novembre* 1887).

Cliniques. — Clinique médicale : M. BERNHEIM, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique médicale : M. SPILLMANN, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale : M. GROSS, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale : M. HEYDENREICH, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique obstétricale : M. HERRGOTT, professeur, à la Maison de Secours. 4e et 5e années. — Clinique ophthalmologique : M. ROHMER, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années. — Clinique des maladies des vieillards : M. DEMANGE, agrégé, à l'hôpital Saint-Julien, 4e et 5e années. — Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. SCHMITT, agrégé à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des enfants : M. SIMON, agrégé, à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des maladies mentales : M. LANGLOIS, chargé de cours, à l'hospice de Maréville, 4e et 5e années.

Semestre d'hiver. — *Cours.* Physique médicale : M. CHARPENTIER, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Chimie médicale : M. GARNIER, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Histoire naturelle médicale : M. MACÉ, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Anatomie descriptive : M. LALLEMENT, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Histologie : M. BARABAN, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie externe : M. WEISS, professeur à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie interne : M. HECHT, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années. — Thérapeutique : M. COZE, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années. — Médecine légale : M. TOURDES, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années. — Accouchements : M. RÉMY, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique : M. CHARPENTIER, professeur, au laboratoire de physique. 1re année. — Conférences sur l'optique : M. BAGNÉRIS, agrégé, au laboratoire de physique, 1re année. — Manipulations chimiques : M. GARNIER, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Conférences de chimie analytique et biologique : M. GUÉRIN agrégé, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Histoire naturelle et botanique : M. MACÉ, agrégé, au laboratoire d'histoire naturelle, 1re année. — Conférences de bactériologie : M. MACÉ, agrégé, au laboratoire d'histoire naturelle, 3e et 4e années. — Dissections : M. LALLEMENT, professeur, à la salle de dissection 2e et 3e années. — Conférences d'anatomie : M. NICOLAS, agrégé. — Conférences de physiologie : M. RENÉ, agrégé. — Histologie : M. BARABAN, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Anatomie et histologie pathologiques · M. FELTZ, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 4e et 5e années. — Autopsies médico-légales : TOURDES, professeur, — Conférences d'hygiène : M. POINCARÉ, professeur, au laboratoire d'hygiène, 4e et 5e années. — Conférences de pathologie interne : M. PARISOT, agrégé, à l'hôpital civil, 2e année. — Conférences de diagnostic médical : SCHMITT, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années. — Bandages et appareils : M. VAUTRIN, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années.

Semestre d'été. — *Cours.* — Physique médicale : M. CHARPENTIER, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Physique médicale : M. BAGNÉRIS, agrégé, à l'amphithéâtre de physique. 1re année.—Chimie médicale : M. GARNIER, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Histoire naturelle médicale : M. MACÉ, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Physiologie : M. BEAUNIS, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie. 2e et 3e années. — Anatomie et physiologie pathologiques : M. FELTZ, professeur, au laboratoire d'anatomie pathologique, 3e et 4e années. — Médecine opératoire : M. CHRÉTIEN, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années. — Hygiène : M. POINCARÉ, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 4e et 5e années. — Maladies des yeux : ROHMER, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique : M. CHARPENTIER, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Conférences analytiques de chimie biologique et manipulations : M. GARNIER, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année.—Histoire naturelle médicale. Herborisations : M. MACÉ, agrégé, au laboratoire de botanique, 1re année. — Histologie normale : M. BARABAN, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Physiologie expérimentale : M. BEAUNIS, professeur, et M. RENÉ, agrégé, au laboratoire de physiologie expérimentale, 2e et 3e années. — Autopsies, anatomie et histologie pathologiques : M. FELTZ, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 3e et 4e années. — Exercices pratiques de médecine opératoire : M. NICOLAS, agrégé, au laboratoire d'anatomie, 4e et 5e années. — Conférences et interrogations de thérapeutique : M. COZE, professeur, au laboratoire de thérapeutique, 4e et 5e années. — Conférences de médecine légale. Autopsies : M. TOURDES, professeur, au laboratoire de médecine légale, 4e et 5e années. — Conférences de diagnostic médical : M. SCHMITT, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années. — Conférences de pathologie générale : M. SIMON, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 2e et 3e années. — Conférences de pathologie interne, M. PARISOT, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 2e et 3e années. — Bandages et appareils : M. VAUTRIN, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années.— Exercices pratiques d'obstétrique, M. RÉMY, agrégé, à la Maison de Secours, 4e et 5e années.

Dispositions réglementaires.

Aux termes du décret du 20 juin 1878, les études pour obtenir le diplôme de doctorat en médecine durent quatre années, pendant lesquelles les étudiants prennent 16 inscriptions. Ces inscriptions sont du prix de 30 fr., (loi du 26 février 1887); des remises de droit peuvent être accordées dans la proportion du dixième du nombre des élèves inscrits (décret et arrêté du 31 mars 1887). Chaque inscription donne lieu à un droit de bibliothèque de 2 fr. 50 et à un droit de travaux pratiques, qui est de 15 fr. en première année, de 10 fr. en deuxième et troisième années, et de 5 fr. en quatrième année.

Les *aspirants au Doctorat* sont tenus de produire, en prenant leur 1re inscription : 1° les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint (ou les certificats d'admission à ces diplômes); 2° un extrait de leur acte de naissance ; 3° un certificat de bonne vie et mœurs ; 4° le consentement de leurs parents ou tuteurs les autorisant à suivre les études médicales. Ils ont à subir cinq examens probatoires, dont les 2e, 3e et 5e sont divisés en deux parties, et à soutenir une thèse. Les cinq examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen.—Physique, chimie, histoire naturelle médicale.

Deuxième examen. — 1re partie : Anatomie et histologie, avec une épreuve pratique de dissection, qui est éliminatoire ; 2e partie : Physiologie.

Troisième examen. — 1re partie : Pathologie externe, accouchement, médecine opératoire, avec une épreuve pratique éliminatoire ; 2e partie : Pathologie interne, pathologie générale.

Quatrième examen. — Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.

Cinquième examen. — 1re partie : Clinique externe et obstétricale ; 2e partie : Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve, dont les droits sont de 240 fr., sur un sujet de leur choix.

Le 1er examen est subi après la 4e inscription et avant la 5e. La 1re partie du 2e examen, après la 11e inscription et avant la 12e, et la 2e partie après la 12e inscription et avant la 14e. Les autres examens ne peuvent être passés qu'après l'expiration du 16e trimestre d'études. Ils se subissent successivement et sans délai obligatoire.

Tout candidat qui n'aura pas subi le 1er examen, en novembre au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription dans le cours de cette année.

Un droit de 55 fr. est versé pour chacune des épreuves. Le candidat ajourné à une épreuve perd 30 fr.; il lui est remboursé 25 fr. Le délai d'ajournement est de 3 mois.

Aux termes du décret du 1er août 1883, les *aspirants au titre d'officier de santé* font quatre années d'études, pendant lesquelles ils prennent 16 inscriptions trimestrielles, dont chacune donne lieu aux droits de bibliothèque et de travaux pratiques exigés des aspirants au Doctorat.

En prenant leur première inscription, les candidats au grade d'officier de santé doivent, à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, ou du certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement spécial. Ils sont tenus de produire, en outre, les mêmes pièces que les aspirants au Doctorat.

A la fin de chacune des trois premières années, ils subissent un examen, dont les droits sont de 30 fr., sur les matières suivantes :

Examen de 1re année : Physique, chimie, histoire naturelle et premiers éléments d'anatomie (ostéologie et arthrologie).

Examen de 2e année : Anatomie descriptive et physiologie.

Examen de 3e année : Pathologie interne et pathologie externe.

Le candidat ajourné à l'examen de fin d'année peut se représenter de nouveau au mois de novembre suivant ; s'il échoue à cette dernière session, il est renvoyé à la fin de l'année suivante, et le cours de ses inscriptions est suspendu.

Les examens définitifs sont au nombre de trois et ne peuvent être subis qu'après la 16e inscription, devant la Faculté ou Ecole dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer.

Le 1er examen définitif, dont les droits sont de 100 fr., comprend l'anatomie, la physiologie et une épreuve de dissection, éliminatoire.

Le 2e examen définitif, dont les droits sont de 110 fr., comprend la pathologie interne, la pathologie externe, la thérapeutique la matière médicale et une épreuve pratique de médecine opératoire, éliminatoire.

Le 3e examen définitif, dont les droits sont de 210 fr, comprend la clinique interne, la clinique externe et la clinique d'accouchements.

Les cours de la Faculté, les exercices pratiques, le stage dans les hôpitaux, sont obligatoires, dans les conditions indiquées par les règlements.

Des prix sont décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire entre les aspirants au Doctorat. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleures thèses. Un prix, dit d'internat, fondé par le Dr Bénit, est donné par concours aux élèves aides de clinique et internes. Des concours sont ouverts chaque année pour des places rétribuées d'aides et de préparateurs dans les différents laboratoires, dans le service d'anatomie, ainsi que dans les hôpitaux. — Les parents ou tuteurs seront tenus au courant de la situation scolaire de leurs fils ou pupilles.

Le registre des inscriptions s'ouvrira le lundi 24 octobre, et se fermera le lundi 21 novembre. Les cours et les examens commencent le 3 novembre.

Les salles de dissection, les musées et la bibliothèque seront ouverts à dater du 20 octobre. Les cours du semestre d'hiver commencent le 3 novembre, ceux du semestre d'été, le 16 mars. Les laboratoires sont ouverts du 4 novembre au 15 juillet (art. 3 de l'arrêté du 18 mai 1880).

Doyen honoraire : M. STOLTZ. — *Professeurs honoraires :* MM. STOLTZ, V. PARISOT, HERRGOTT, ROUSSEL, DEMANGE, BÉCHET. — *Professeur adjoint :* M. E. PARISOT.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY

ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888

Semestre d'hiver. — Du 3 novembre au 15 mars.

Cours.

Chimie minérale. — M. JACQUEMIN, chimie minérale appliquée, mercredi, jeudi, 11 heures ; samedi, 2 heures 1/2.

Histoire naturelle. — M. BLEICHER, Zoologie appliquée, lundi, jeudi, 10 heures.

Matière médicale. — M. GODFRIN, drogues tirées des cryptogames et des monocotylédones, mardi, vendredi, 10 heures.

Pharmacie. — M. HELD, agrégé, chargé du cours, examen et analyse des médicaments chimiques, mercredi, vendredi, 9 heures.

Toxicologie et physique. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, étude des empoisonnements, lundi, mercredi, 9 heures.

Cours complémentaires.

Chimie organique. — M. JACQUEMIN, chimie organique appliquée, mercredi, 2 h. 1/2, samedi 11 heures.

Pharmacie galénique. — M. DELCOMINÈTE, opérations pharmaceutiques, mardi, vendredi, 9 heures.

Zoologie. — M. THOUVENIN, complément du cours magistral, mardi, 11 heure ; vendredi, 11 heures.

Minéralogie et hydrologie. — M. KLOBB, description des minéraux usuels, mardi, 9 heures ; vendredi, 11 heures.

Conférences.

Toxicologie. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, interrogations, lundi, 10 heures.

Chimie analytique. — M. KLOBB, analyse minérale qualitative, mardi, jeudi, 1 h. 1/4 ; samedi, 8 h. 1/4.

Travaux pratiques.

Chimie. — MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 1re année, lundi, jeudi, de 2 heures à 5 heures et samedi, de 9 heure à midi.

Chimie analytique. — MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 2e année, mardi, jeudi, de 2 heures à 5 heures.

Micrographie générale. — MM. BLEICHER et THOUVENIN, élèves de 2e année, vendredi, de 2 heures à 5 heures.

Pharmacie galénique. — M. DELCOMINÈTE, élèves de 3e année, lundi, mardi, de 1 heure à 5 heures.

Micrographie appliquée. — GODFRIN et THOUVENIN, élèves de 3e année, samedi, de 2 heures à 5 heures.

Recherches pour les thèses. — M. JACQUEMIN, élèves de 1e année, tous les jours.

Semestre d'été. — du 16 mars au 31 juillet.

Cours.

Chimie minérale. — M. JACQUEMIN, chimie minérale appliquée, mercredi, jeudi, 11 heures ; samedi, 2 h. 1/2.

Histoire naturelle. M. BLEICHER, Dicotylédones à pétales, Monocotylédones, cryptogames, lundi, jeudi, 9 heures.

Matière médicale. — M. GODFRIN, Drogues tirées des conifères et des dicotylédones, mardi, vendredi, 9 heures.

Pharmacie. — M. HELD, agrégé chargé du cours, étude des médicaments nouveaux, mercredi, vendredi, 8 heures.

Toxicologie et physique. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, applications de la physique à la pharmacie, à la chimie et à la toxicologie, lundi, mercredi, 8 heures.

Cours complémentaires.

Chimie organique. — M. JACQUEMIN, chimie organique appliquée, mercredi, 2 heures 1/2 ; samedi, 11 heures.

Pharmacie galénique. — M. DELCOMINÈTE, étude des médicaments galéniques, mardi, jeudi, 8 heures.

Zoologie. — M. THOUVENIN, complément du cours magistral, mardi, vendredi, 10 heures.

Minéralogie et hydrologie. — M. KLOBB, étude des eaux douces et des eaux minérales, mardi, 8 heures ; vendredi, 11 heures.

Conférences.

Chimie analytique. — M. KLOBB, analyse minérale quantitative. — Notions sur l'analyse organique, samedi, 8 h. 1/4.

Travaux pratiques

Chimie minérale. — MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 1re année, mardi, 9 heures à midi ; samedi 9 heures à midi.

Herborisations. — M. BLEICHER, élèves de 1re, 2e et 3e années, jeudi, 2 heures.

Chimie organique. — MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 2e année, lundi, 1 heure à 5 heures.

Micrographie. — MM. BLEICHER et THOUVENIN, élèves de 2e année, vendredi, 2 heures à 5 heures.

Pharmacie. — M. HELD, élèves de 2e année, mardi, 2 heures à 5 heures.

Chimie. Toxicologie. — MM. JACQUEMIN et KLOBB, élèves de 3e année, mardi, 2 heures à 5 heures.

Physique appliquée. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, élèves de 3e année, lundi, 2 heures à 5 heures.

Micrographie appliquée. — MM. GODFRIN et THOUVENIN, élèves de 3e année, samedi, 2 heures à 5 heures.

Les cours et examens commenceront le 3 novembre, les travaux pratiques le 14 novembre. Les inscriptions seront reçues du 26 octobre au 20 novembre. L'examen de validation de stage aura lieu le jeudi 3 novembre à 9 heures du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1887.

Anatomie normale. — M. DEBIERRE, chargé du cours. Angéiologie. — Splanchnologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Histologie. — M. TOURNEUX, professeur. Objet, méthode et divisions de l'anatomie générale. — Notions préliminaires d'embryogénie. — Principes immédiats. — Eléments anatomiques figurés. — Substances amorphes. — Humeurs. — Tissus (systèmes). Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Anatomie pathologique et pathologie générale. — M. HERMANN, professeur. 2e partie du cours. Anatomie pathologique spéciale : Altérations des organes et des appareils. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Pathologie chirurgicale. — M. BAUDRY, professeur. Pathologie générale. — Inflammation. — Abcès. — Thrombose. — Embolie. — Gangrène. — Ulcération. — Ulcères et Fistules. — Pathologie spéciale. — Affections chirurgicales du cou et de la poitrine. Mardi, jeudi, samedi, à 11 h. 1/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 5).

Clinique médicale. — M. WANNEBROUCQ, professeur-doyen. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Clinique chirurgicale. — M. FOLET, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. LELOIR, professeur. — Leçons cliniques. Mardi, mercredi, vendredi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Accouchements (cours théorique). — M. DEMON, chargé du cours. De la grossesse. — Mécanisme de l'accouchement. — Opérations obstétricales. Lundi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 5).

Chimie médicale et Toxicologie. — M. LESCŒUR, professeur. Chimie minérale. — Métalloïdes, et Métaux. — Analyse chimique et toxicologie (2e partie du programme). — Applications aux expertises légales et à la recherche des falsifications. Lundi, mercredi, samedi, à 11 h. à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Physique médicale. — M. N..., chargé du cours. Exposition des principes généraux relatifs à la conservation de l'énergie et à la corrélation des phénomènes physiques ; développements relatifs à

*****

l'électricité, principalement en vue des applications à la physiologie et à la thérapeutique. Lundi, mercredi, samedi, à 9 h. 3/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 5).

Pharmacie et Pharmacologie. — M. LOTAR, professeur. Pharmacie chimique. — Etude pharmaceutique et pharmacologique des drogues simples fournies par les animaux et les végétaux. — Etude spéciale des alcaloïdes. Mardi, vendredi, à 10 h. 3/4., à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Cours complémentaires.

Ophthalmologie. — M. DE LAPERSONNE, chargé du cours. Leçons cliniques. Lundi, vendredi, à 11 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Maladies des enfants et syphilis infantile. — M. CASTELAIN, chargé du cours. De la syphilis héréditaire tardive. — De l'athrepsie. Jeudi, samedi, à 10 h. à l'hôpital Saint-Sauveur.

Conférences.

Conférences d'histoire naturelle. — M. TH. BARROIS, agrégé. Zoologie. Mardi, jeudi vendredi, à 9 h. 1/2, à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Conférences d'anatomie. — M. N..., chef des travaux anatomiques. Système nerveux central et périphérique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — M. CARPENTIER, prosecteur d'anatomie. Ostéologie. — Arthrologie. — Myologie. Mardi, jeudi, vendredi, à 11 h. du matin, à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Travaux pratiques. Laboratoires.

Dissections. — M. N..., chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 1 h. à 4 h., à la Faculté.

Travaux du laboratoire des cliniques. — M. LOBER, chef du laboratoire. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Mardi et jeudi, de 2 h. à 5 h., au laboratoire des cliniques.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. M. LEGAY, chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h., à la Faculté.

Travaux pratiques d'Histoire naturelle. — M. DELPLANQUE, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, à la Faculté *(voir l'affiche spéciale)*.

Manipulations chimiques et pharmaceutiques. — M. MORELLE, chef des travaux chimiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, de 2 à 5 h., à la Faculté.

Exercices pratiques de physique. — M. DOUMER, chef des travaux de physique. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, jeudi, samedi, de 2 h. à 5 h., à la Faculté.

Cours annexe.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes.—M. GAULARD, agrégé. Théorie des accouchements, accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre. Mardi, jeudi, samedi à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 5).

Doyen et professeur honoraire : M. CAZENEUVE.

Professeurs honoraires : MM. GARREAU, PILAT et JOIRE.

Agrégés : MM. WERTHEIMER, DOUMER, DEMON, LEMOINE, F. DE LAPERSONNE, LAMBLING, MORELLE, THIBAUT, TH. BARROIS, DEBIERRE. — *Chefs de clinique* : MM. COCHET, HOCHSTETTER, COLAS, N... et N...

Dispensaires et consultations gratuites

A L'HÔPITAL SAINT-SAUVEUR.

Maladies internes, maladies des femmes et des enfants, maladies externes, maladies cutanées et syphilitiques, maladies des yeux, aux jours et heures indiqués par l'affiche spéciale.

Bibliothèque : M. MAGUIN, bibliothécaire. La bibliothèque est ouverte, tous les jours non fériés, de 10 h. à midi et demi et de 2 h. 1/2 à 6 heures.

Musées : M. DELPLANQUE, chargé des fonctions de conservateur. Les musées d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale sont ouverts les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 2 h. à 5 heures.

Rappel des cours du semestre d'été.

Physiologie. — M. WERTHEIMER.
Pathologie interne et pathologie expérimentale. — M. LEROY.
Thérapeutique et matière médicale. — M. LEMOINE.
Opérations et appareils. — M. DUBAR.
Clinique médicale. — M. L. HALLEZ.
Clinique chirurgicale. — M. PAQUET.
Clinique obstétricale. — M. GAULARD.
Médecine légale. — M. CASTIAUX.
Hygiène. — M. ARNOULD.
Accouchements.— M. DEMON.
Chimie organique. — M. LAMBLING.
Physique médicale. M. DOUMER.
Pharmacie et Pharmacologie. — M. LOTAR.
Histoire naturelle. — M MONIEZ.
Maladies nerveuses et mentales. — M. DUBIAU.
Maladies des yeux. — M. DE LAPERSONNE.
Maladies des enfants. — M. CASTELAIN.

Dispositions réglementaires.

Les inscriptions trimestrielles doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 3 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet.

Munis d'un bulletin de versement qui leur sera délivré par le secrétaire de la Faculté, les étudiants se présenteront à la caisse du receveur des droits universitaires, 245, rue Solférino, pour acquitter les droits exigés.

Les aspirants au Doctorat doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique (Décret du 20 juin 1878), ou, à la place de celui-ci, le diplôme de bachelier de l'enseignement spécial (Décret du 28 juillet 1882).

Les aspirants au Diplôme supérieur de pharmacie doivent justifier du grade de pharmacien de 1re classe et de celui de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles et soutenir une thèse ; à défaut du grade de licencié, ils ont à accomplir une 4e année d'études pharmaceutiques, et à subir un examen comprenant une épreuve écrite, une épreuve pratique, et une épreuve orale sur les matières des licences ès sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie (Décret du 12 juillet et arrêté du 31 juillet 1878).

Les aspirants au grade de pharmacien de 1re classe doivent justifier, avant de prendre la première inscription, du grade de bachelier ès lettres ou de celui de bachelier ès sciences complet, ou de celui de bachelier de l'Enseignement secondaire spécial, de 3 ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. (Décret du 26 juillet 1885).

A moins d'avoir obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat de l'examen de grammaire complété par l'examen scientifique; les aspirants au titre d'officier de santé devront, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire le certificat d'études établi par le décret du 30 juillet 1886.

Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent produire le certificat de grammaire complété, ou le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, et, en outre, justifier de trois ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. Décret du 26 juillet 1885), pour prendre la 1re inscription de scolarité.

Pour prendre la 1re inscription de stage, ils devront justifier du nouveau certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886, à moins d'avoir obtenu avant le 1er novembre, soit le certificat de grammaire complété, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial. (Décret du 30 juillet 1886).

La session de novembre des examens de validation de stage officinal s'ouvrira, à la Faculté, le 4 novembre prochain ; celle des examens de fin d'année, le 5 du même mois. Le stage hospitalier des étudiants en médecine commence pour les aspirants au doctorat, avec la 9e inscription, et pour les aspirants à l'officiat, avec la 5e.

Lille, le 28 octobre 1887.

Mon cher ami,

Ma correspondance cette année offrirait peu d'intérêt si je n'avais à rappeler à vos lecteurs le grand événement qui marque le début de l'année scolaire : les facultés des lettres et de droit de Douai viennent, par décret, d'être transférées à Lille, en attendant qu'une loi y amène le Rectorat. Ainsi se trouve constituée, en corps homogène et vivant d'une vie commune, l'*Université du Nord*. Faut-il longuement insister pour démontrer la nécessité d'une pareille création, quand l'enseignement de l'État a à lutter ici plus que partout ailleurs contre l'enseignement supérieur catholique qui a concentré tous ses efforts dans notre région et est parvenu à faire à Lille ce qu'il a vainement tenté de faire ailleurs? Alors que le voisinage de la Belgique où existe de belles et florissantes Universités mettrait dans un état d'infériorité apparente, incontestable, l'éparpillement d'autrefois?

Lille s'apprête à faire magnifiquement les choses, comme toutes les fois qu'il s'est agi d'élever le niveau de l'instruction publique à tous les degrés. Un emprunt de 2,500,000 fr. sera prochainement souscrit pour la participation de la ville à la construction et à l'installation de ses nouvelles Facultés, ainsi que pour l'établissement des instituts de sa faculté des Sciences. L'hôtel du Rectorat est tout prêt; l'administration universitaire pourra s'y établir en quelques jours.

Les amis du progrès national ne peuvent qu'applaudir à de

pareils efforts, surtout si l'on considère que tout cela se crée et se développe dans une cité de réputation purement industrielle, et qui, à ce point de vue, paraitrait devoir se désintéresser aisément des questions littéraires ou scientifiques. Et voilà que par un étrange concours d'événements, cette ville de commerçants et de manufacturiers se trouve à l'heure qu'il est enserrer dans ses murailles de forteresse *neuf Facultés*, quatre à l'Etat et cinq à l'enseignement libre, donnant ainsi un spectacle peut être unique au monde, réunissant un personnel enseignant exceptionnellement nombreux, animé du désir de faire bien et de faire mieux; car l'émulation et la concurrence n'ont jamais nui au progrès, que je sache, et la liberté est encore le plus puissant moteur des volontés individuelles ou collectives.

Souhaitons que cette liberté vienne bientôt compléter l'œuvre et que nos universités françaises cessent d'être de pures agglomérations de bâtiments et des assemblées de professeurs auxquelles l'initiative est refusée; que cette *autonomie*, dont il est si souvent question dans de si nombreuses circulaires ou consultations ministérielles, cesse d'être un mot et devienne une réalité ; que la tutelle administrative qui trop souvent oppose ses volontés aux avis formels du corps enseignant, veuille bien désarmer. Alors seulement les universités de France seront réellement créées; alors seulement le sentiment de la responsalité assurera la marche en avant de l'enseignement supérieur; alors seulement la décentralisation tant désirée pourra porter des fruits, car aujourd'hui elle n'existe pas.

En ce qui concerne la Faculté de médecine, l'année qui se termine a été bonne. Le nombre des élèves va progressant. C'est même ce progrès continu qui a servi d'argument principal pour le transfert à Lille de la Faculté de droit qui s'étiolait et menaçait de cesser le combat à Douai, faute de combattants. Les bâtiments sont aujourd'hui complétés ; mais les installations devront nécessairement rester pendant un an ou deux ce qu'elles sont aujourd'hui, la faculté de médecine devant offrir pendant ce laps de temps l'hospitalité à ses sœurs du droit et des lettres.

Le personnel enseignant a subi peu de modifications : La chaire de pathologie interne s'est trouvée transformée en chaire de pathologie interne et de médecine expérimentale, et M. Leroy, agrégé, a été nommé titulaire de cette chaire nouvelle. La Faculté a perdu un de ses membres les plus éminents en la personne de M. le professeur Terquem, correspondant de l'Institut, chargé du cours de physique.

Ce qui a été conquis, jusqu'à présent, assure de nouvelles conquêtes ; nul doute que l'année qui commence sous l'heureux auspice de la création de l'*Université de Lille* ne soit, pour l'enseignement médical dans le Nord, une bonne année.

Docteur X...

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1887-1888.

Ouverture des cours le 3 novembre.

Professeurs honoraires. MM. Des[illegible], B. Teissier, P[illegible]let, Bouchacourt.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales. — M. L[illegible]pine professeur ; clinique tous les matins, à 8 h. 1/2 ; leçons : mardi, jeudi et samedi, de 9 h. à 12 ; vendredi, à 5 h. Hôtel-Dieu. — M. [illegible], professeur, semestre d'été. Hotel-Dieu. Les cliniques generales sont ouvertes à tous les étudiants).

Cliniques chirurgicales. — M. Ollier, professeur ; clinique tous les matins ; leçons : lundi, mercredi et vendredi. Hôtel-Dieu. — M. L. Tripier, professeur ; clinique tous les matins ; leçons : lundi, mercredi et vendredi. Hôtel-Dieu (Les Cliniques generales sont ouvertes à tous les étudiants).

Clinique obstétricale. — M. Fo[illegible], professeur ; leçon clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 h. Visite et examen tous les matins à 8 h., à la Charite. Médecine, 4e année.

Clinique ophtalmologique. — M. Gayet professeur ; clinique, mardi, samedi, de midi 1/2 à 1 h. 1/2. Hôtel-Dieu. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gailleton, professeur ; leçon : mardi vendredi, de 8 h. à 9 h. Antiquaille. Médecine, 4e année.

Chimie minérale. — M. Glénard professeur ; leçon : lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années.

Matière médicale et botanique. — M. Cauvet, professeur ; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années.

Zoologie médicale et anatomie comparée. — M. Lortet, professeur ; leçon, mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années.

Anatomie. — M. Testut, professeur ; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 2e e 3e années.

Anatomie générale et histologie. — M. Renaut, professeur, leçon, mardi, jeudi, samedi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années.

Pathologie interne. — M. Teissier, professeur ; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. Petit amphithéâtre B. Médecine, 3e et 4e années.

Médecine légale. — M. Lacassagne, professeur ; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre de la section C. La Morgue. Médecine, 4e année.

Cours du semestre d'été.

Maladies mentales. — M. Pierret.
Physique médicale. — M. Monoyer.
Chimie organique et toxicologie. — M. Cazeneuve.
Physiologie. — M. Morat.
Pathologie externe. — M. Berne.
Pathologie générale. — M. Mayet.
Anatomie pathologique. — M. R. Tripier.
Médecine opératoire. — M. Poncet.
Médecine expérimentale et comparée. — M. Arloing.
Hygiène. — M. Rollet.
Thérapeutique. — M. Soulier.
Pharmacie. — M. Crolas.

Enseignement complémentaire.

Clinique des maladies des enfants. — M. Perroud, professeur adjoint ; leçon, vendredi, à 9 h. 1/2. La Charité. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies des femmes. — M. Laroyenne, professeur adjoint ; semestre d'été. La Charité. Médecine, 2e année.

Accouchements. — M. Poullet, chargé d'un cours complémentaire ; semestre d'été. Médecine, 3e année.

Botanique. — M. Beauvisage, chargé d'un cours complémentaire ; semestre d'été. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re année.

Enseignement auxiliaire.

Physique. — M. Didelot, agrégé, conférence, mardi, samedi de 4 heures à 5 heures, Amphithéâtre de physique pharmacie, 1re et 3e année.

Hydrologie et denrées alimentaires. — M. Florence, agrégé, conférence, lundi, vendredi, de 2 heures à 3 heures. Laboratoire de pharmacie, pharmacie, 3e année.

Anatomie. — M. Jaboulay, agrégé, conférence, mardi, jeudi, samedi, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Amphithéâtre A, médecine, 2e et 3e année.

Pathologie externe. — M. X..., agrégé, conférence, mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 5 heures. Petit amphithéâtre B, médecine, 2e et 3e année.

Maladies cutanées et syphilitiques. — M. Augagneur, agrégé, conférence, mercredi, samedi, de 8 heures à 3 heures. Antiquaille. Médecine, 3e et 4e année.

Conférences du semestre d'été.

Chimie biologique. — M. Linossier.
Minéralogie. — M. Didelot.
Toxicologie. — M. Hugounenq.
Pathologie interne. — M. Weill.
Embryologie. — M. X...
Histologie. — M. Chandelux.
Doyen : M. Lortet.

La Bibliothèque de la Faculté est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, le matin, de 9 heures et demie à 11 heures ; l'après-midi, de 1 heure à 5 heures.

Lyon, le 25 octobre 1887

Mon cher Rédacteur en chef,

Mon intention n'est point, en vous adressant aujourd'hui ma correspondance annuelle d'insister longuement sur les faits de détail qui concernent la vie intime de notre Faculté. Le nombre de nos élèves reste à peu près stationnaire, mais les thèses inaugurales qui ont été soutenues cette année continuent à former une collection sérieuse, attestant les tendances originales et progressives de l'enseignement des maitres ; de ce coté, rien de particulier ou de nouveau à vous apprendre.

Du côté du personnel enseignant, rien non plus dont vous n'ayez déjà été informé. C'est qu'à la fin de l'année dernière une série d'élections successives ont comblé les vides faits dans les rangs du corps professoral par l'application de la loi sur la limite d'âge ou par les démissions volontaires.

La Faculté n'a eu à désigner cette année qu'un seul titulaire, celui de la chaire de pathologie expérimentale, laissée vacante par suite du départ du Professeur Chauveau, appelé à Paris par ses hautes fonctions de Professeur au Muséum et d'Inspecteur général des écoles vétérinaires. M. Arloing était naturellement désigné par sa grande notoriété scientifique et par l'éclat d'un enseignement fait depuis deux ans déjà à la Faculté des sciences, pour recueillir une aussi lourde succession : les suffrages unanimes des membres de la Faculté et du Conseil supérieur de l'instruction publique lui étaient acquis.

Tout en regrettant profondément l'absence de M. Chauveau, la Faculté a vu avec une légitime fierté cet éminent représentant de l'école lyonnaise entrer à l'Académie des sciences. Elle a vivement ressenti cet honneur, comme elle s'est réjouie aussi quelques mois après en voyant un autre de ses membres, le professeur Lépine, recevoir le titre de Correspondant de l'Institut. Rien ne saurait mieux attester la grande vitalité de notre centre scientifique !

Par suite de l'application des derniers décrets, reconstituant les centres universitaires et réglant leurs prérogatives, la Faculté a dû s'occuper à différentes reprises, sur l'invitation de M. le ministre de l'Instruction publique, de diverses questions d'ordre général concernant l'enseignement de la médecine et le mode de recrutement du corps enseignant. Vous connaissez déjà les importantes modifications apportées par le Conseil supérieur au concours de l'agrégation. Ces modifications, au premier rang desquelles il faut signaler la suppression de la thèse et l'adjonction d'une épreuve sérieuse des titres, allègent singulièrement les charges pesant sur les candidats, et abrègent notablement la durée du concours tout en assurant un recrutement équitable et éclairé. Je n'y reviendrai pas, bien que ces améliorations intéressent plus particulièrement les candidats de la province; j'aime mieux insister plus particulièrement sur une autre question soumise à l'appreciation de la Faculté : celle de l'enseignement des sciences dites accessoires dans les Écoles de médecine, la Faculté de Lyon ayant à ce sujet pris l'initiative de propositions importantes.

Examinant le projet qui lui était soumis « de la suppression par extinction des chaires de sciences accessoires dans les Facultés de médecine, cet enseignement pouvant être donné dans les Facultés des sciences », la Faculté a pensé d'abord qu'il était fort difficile de supprimer les chaires de sciences qui lui sont annexées : les applications de la physique et de la chimie à l'explication des phénomènes de la vie comme des actions morbides sont trop nombreuses ; de plus un médecin seul est à même de les interpréter avec profit. Loin de là, ces chaires devraient être multipliées pour le plus grand bien des jeunes médecins qui, dans l'état actuel de la science, ont besoin plus que jamais d'une instruction scientifique solide. Toutefois le Conseil des professeurs a jugé que l'enseignement des sciences, en ce qui concerne les études médicales, devait subir une transformation radicale.

Sans doute il est bien évident que les premières notions des sciences générales peuvent avantageusement être données à la Faculté des sciences, comme il est clair aussi que dans la Faculté de médecine cet enseignement, sous peine de faire double emploi, doit porter exclusivement sur les applications médicales de ces sciences : physique et chimie biologiques, optique, acoustique, toxicologie, etc., etc. Mais, pour être profitables, ces notions ne peuvent être exposées que devant des élèves déjà instruits des choses de l'anatomie et de la pathologie, c'est-à-dire à la fin et non au commencement des études, ainsi que le Professeur Potain l'a déjà indiqué avec juste raison dans un article paru il y a quelques années dans la *Revue scientifique*. C'est là un premier point sur lequel la Faculté a insisté vigoureusement dans son rapport.

Mais il en est un second qu'elle a cherché aussi à mettre particulièrement en relief, et qui n'a pas une moindre importance : il s'agit de la suppression du baccalauréat ès sciences restreint qui est une entrave considérable, à Lyon surtout, pour les jeunes gens se destinant à la carrière médicale et qui nous prive chaque année d'un nombre d'élèves assez sérieux, ainsi que cela ressort du rapport très convaincant lu par M. Lortet au Conseil général des Facultés. Et, en effet, pourquoi exiger de l'étudiant en médecine un double baccalauréat, alors que pour toutes les autres carrières un seul baccalauréat suffit? pourquoi lui demander surtout un examen préalable portant identiquement sur les mêmes matières que celles qui font l'objet de la première année des études médicales? Si l'on conserve le baccalauréat restreint, qu'on supprime alors la première année de médecine qui n'est que la révision des matières déjà exigées pour le baccalauréat, et que dès le début de sa carrière, l'étudiant puisse fréquenter les salles de dissection, et aller à l'hôpital pour se familiariser avec le malade dont l'observation, somme toute, doit être le but essentiel de ses préoccupations.

Mais combien ne vaudrait-il pas mieux supprimer un examen portant sur des matières sur lesquelles le candidat aura à répondre plus tard dans le cours de ses études, et exiger simplement de lui au début de la carrière, un certificat d'aptitude constatant qu'il a des notions générales sommaires, suffisantes pour comprendre les matières qui lui seront enseignées dans la suite, et réserver l'exposé des applications de la physique et de la chimie à la médecine à un moment où l'étudiant mieux instruit sera par cela même plus apte à en tirer profit. La Faculté a bien compris tout cela et c'est à l'unanimité qu'elle a voté les conclusions du rapport de son Doyen, demandant la suppression du baccalauréat-restreint. Le rapport a été soumis ensuite au Conseil général des Facultés, et la majorité de l'assemblée s'est aussi prononcée pour cette suppression.

Je profite avec empressement, mon cher Rédacteur en chef, de cette occasion qui me permet de mettre en évidence une idée véritablement pratique et qui serait une réforme des plus heureuses dans l'enseignement de la médecine. La publicité de votre estimable journal contribuera très certainement à lui faire faire son chemin ; et je vous prie de recevoir la nouvelle assurance de mes sentiments très affectueux et dévoués.

Docteur Z...

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

Semestre d'hiver. (Du 3 novembre au 15 mars.)

Anatomie. — M. BOUCHARD. Système nerveux. Lundi, Mercredi, et Vendredi, à 1 heure.

Anatomie générale et histologie. — M. VIAULT. Etude des éléments anatomiques et des humeurs de l'organisme. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures.

Pathologie interne. — M. DUPUY. Maladies des voies digestives sous-diaphragmatiques et maladies de l'appareil urinaire. Mardi, Jeudi, Samedi, 3 heures.

Pathologie externe. — M. AZAM. Maladies chirurgicales de l'abdomen, du bassin, de l'anus et du rectum. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 2 heures.

Pathologie et thérapeutique générales.— M. VERGELY. Troubles dans les fonctions de l'appareil respiratoire. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures.

Médecine légale. — M. MORACHE. Suite des questions médico-légales soulevées par l'application du droit criminel. — Attentats contre les personnes. — Avortement. — Infanticide. — Viol. — Empoisonnement en général et études des empoisonnements les plus fréquemment observés. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 3 heures.

Matière médicale. — M. PERRENS. Etude des médicaments hyposthénisants. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 1 heure.

Histoire naturelle. — GUILLAUD. Zoologie médicale. — Vertébrés et invertébrés. Lundi, Merdredi, Vendredi, à 10 heures.

Semestre d'été. (Du 16 mars au 31 juillet.)

Physiologie. — M. ORÉ. Fonctions de nutrition. — Digestion. — Absorption. — Circulation. — Respiration. — Chaleur animale, etc. Mardi, Jeudi, Samedi, à 4 heures.

Médecine expérimentale. — M. JOLYET. Système nerveux. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures.

Hygiène. — M. LAYET. Les maladies endémiques et les maladies épidémiques considérées au point de vue de la géographie médicale et de la prophylaxie sociale. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures.

Anatomie pathologique. — M. COYNE. Lésions des appareils digestif et urinaire. — Altérations pathologiques de l'urine. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 3 heures.

Thérapeutique. — M. DE FLEURY. Action physiologique et thérapeutique [des principaux alcaloïdes utilisés en médecine. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 heures.

Médecine opératoire. — M. MASSE. Opérations pratiquées sur le crâne, la face et le cou. Mardi, Jeudi, Samedi, à 3 heures.

Chimie. — M. BLAREZ. Chimie organique appliquée à la médecine et à la pharmacie (2e partie) : généralités sur la série grasse, étude détaillée des composés appartenant à la série aromatique. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures.

Physique. — M. MERGET. Acoustique et optique. Mardi, Jeudi, Samedi, à 10 heures.

Pharmacie. — M. FIGUIER. Médicaments d'origine minérale. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures.

Clinique.

SEMESTRE D'HIVER.

Clinique médicale. — M. PICOT, hôpital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2.

Clinique chirurgicale. — M. LANELONGUE, hôpital Saint-André, Mardi, Jeudi, Samedi, 9 heures 1/2,

Clinique ophthalmologique. — M. BADAL, hôpital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Clinique médicale. — M. PITRES, hôpital Sainf-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2.

Clinique chirurgicale.— M. DEMONS, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 heures 1/2.

Clinique obstétricale. — M. MOUSSOUS, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 8 heures.

Cliniques annexes.

SEMESTRE D'HIVER.

Maladies médicales des enfants. — M. NÉGRIÉ. Hopital des enfants. Mercredi, à 4 heures.

Maladies chirurgicales des enfants. — M. N... Hôpital des enfants. Vendredi, à 4 heures.

Maladies vénériennes. — M. VENOT. Hôpital des enfants, Jeudi, à 3 heures.

Maladies mentales. — M. N...

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Maladies médicales des enfants. — M. NÉGRIÉ. Hôpital des enfants. Mercredi, à 4 heures.

Maladies chirurgicales des enfants. — M. N... Hôpital des enfants. Vendredi, à 4 heures.

Maladies vénériennes. — M. VÉNOT. Hôpital Saint-Jean. Jeudi, à 3 heures.

Maladies mentales. — M. N...

Conférences et cours complémentaires.

SEMESTRE D'HIVER.

Accouchements. — M. LEFOUR, agrégé. Pathologie de la grossesse. — Dystocle. — Opérations obstétricales, Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Chimie. — M. CARLES, agrégé. Chimie minérale. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Physique. — M. BERGONIÉ, agrégé. Chaleur. — Electricité. — Magnétisme. Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures.

Physiologie.— M. FERRÉ, agrégé Organes des sens et fonctions de reproduction. Lundi, jeudi, à 5 heures.

Maladies des organes génito-urinaires. M. POUSSON, agrégé. — Maladies de l'urèthre et de la vessie. Mardi, vendredi, à 5 heures.

Médecine opératoire. — M. DENUCÉ, agrégé. Bandages, appareils, petite chirurgie, Mercredi, samedi, à 5 heures.

Microbiologie. — M. ARTIGALAS, agrégé. Lèpre. — Rhino-sclérome — Ulcères phagédéniques. Mardi, samedi, à 4 heures.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Chimie. — M. DENIGÈS, agrégé. Chimie biologigue. Lundi, mercredi, à 2 heures 1/2.

Histoire naturelle. — M. NABIAS, agrégé. Botanique médicale et pharmaceutique. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures.

Anatomie chirurgicale. — M. PIÉCHAUD, agrégé. Description des principales régions. Mardi, samedi, à 4 heures.

Dermatologie. — M. ARNOZAN, agrégé. Affections cutanées non syphilitiques. Mercredi, samedi, à 5 heures.

Séméiologie médicale.— M. RONDOT, agr. Auscultation et percussion. Mardi, Vendredi, à 5 heures.

Pathologie chirurgicale générale. — M. BOURSIER, agrégé. Maladies des tissus. Lundi, jeudi, à 5 heures.

Gynécologie. — M. MOUSSOUS, agrégé. Affections du l'utérus et des ovaires. Mardi. jeudi, 4 heures.

Travaux pratiques obligatoires.

SEMESTRE D'HIVER.

Chimie médicale. — M. DENIGÈS. agrégé, chef des travaux. — Préparations de chimie minérale et organique. Préparations de quelques médicaments usuels. Etude analytique des humeurs normales et pathologiques. Vendredi, samedi, 2 à 4 heures. — Conférence préparatoire. Vendredi, à 1 heure

Chimie minérale et pharmacie. Chimie organique analytique. et toxicologie. — M. DENIGÈS, agrégé, chef des travaux. 1re *année* : Principales préparations de chimie. — Pharmacie galénique et chimique. — Analyse qualitative. Mardi, mercredi, de 2 à 5 heures. — Conférence préparatoire (petit amphithéâtre à Saint-Raphaël). Lundi, à 1 heure. — 2e *année:* Principales préparations de chimie organique. — Essais des substances médicamenteuses. — Analyse chimique qualitative et quantitative. — Toxicologie, Vendredi, samedi, de 2 à 5 heures. — Conférence préparatoire (petit amphithéâtre) à Saint-Raphaël. Jeudi, à 1 heure.

Histoire naturelle (zoologie). — M. NABIAS, agrégé, chef des travaux. Médecine (laboratoire d'histoire naturelle). Mardi, jeudi, de 8 à 10 heures. Pharmacie (laboratoire d'histoire naturelle). Mercredi, vendredi, de 8 à 10 heures.

Dissection. — M. PLANTEAU, agrégé, chef des travaux. Institut anatomique de Saint-Julien : Dissections. Tous les jours, de 1 à 5 h. Conférences. Mardi jeudi, samedi, à 1 heure.

Anatomie pathologique. — M. COYNE, directeur. Laboratoire d'anatomie pathologique, Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Exercices de physique. — M. MERGET, directeur. Médecine, laboratoire de physique, Lundi, mercredi, vendredi, de 7 à 10 heures.

Exercices d'histoire naturelle (botanique). — M. NABIAS, agrégé, chef des travaux. Médecine (laboratoire d'histoire naturelle). Mardi, jeudi, de 8 à 10 heures. Pharmacie (laboratoire d'histoire naturelle). Mercredi, vendredi, de 8 à 10 heures.

Médecine opératoire. — M. PLANTEAU, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques Institut anatomique de St-Julien. Lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 5 heures.

Physiologie. — M. ORÉ, directeur. Laboratoire de physiologie. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Anatomie pathologique. — M. COYNE, directeur. Laboratoire d'anatomie pathologique. Mardi, jeudi, samedi, de 1 h. à 3 heures.

Chimie minérale et pharmacie, organique, analytique et toxicologie. — M. DENIGÈS. agrégé, chef des travaux. Mêmes conférences et travaux qu'au semestre d'hiver. Lundi, à 1 h, mardi, mercredi, de 2 à 5 h., vendredi, samedi, de 2 à 5 h., jeudi, à 1 h.

Physique. — M. SIGALAS, chef des travaux. Pharmacie. — Laboratoire de physique. Mardi, jeudi, samedi, de 2 à 5 heures.

Histologie. — M. FERRÉ, agrégé, chef des travaux. Laboratoire d'histologie. Mardi, jeudi, samedi, de 2 à 4 heures.

Division des études.

Médecine.

SEMESTRE D'HIVER.

1re *Année.* — Doctorat-Officiat : Cours de chimie, physique, histoire naturelle. — Officiat : Ostéologie, arthrologie. — Travaux pratiques : Chimie, histoire naturelle (Doctorat et Officiat).

2e *Année.* — Doctorat : Cours d'anatomie, d'histologie.— Travaux pratiques : Dissection, — Officiat : Cours d'anatomie, de pathologie externe. — Travaux pratiques : Anatomie, stage hospitalier.

3e *Année.* — Doctorat : Cours d'anatomie, d'histologie, pathologies interne et externe, médecine légale, matière médicale, cliniques interne, externe et obstétricale. — Officiat : Cours d'anatomie, de pathologies interne et externe, matière médicale, cliniques interne, externe et obstétricale. — Travaux pratiques : Doctorat et Officiat. Anatomie, stage hospitalier.

4e *Année.* — Doctorat : Cours de pathologies. pathologie et thérapeutique générales, médecine légale, matière médicale, cliniques et cliniques annexes. — Travaux pratiques : Anatomie pathologique, stage hospitalier.— Officiat : Cours de pathologies, pathologie et thérapeutique générales, matière médicale, cliniques et cliniques annexes.— Travaux pratiques : Anatomie, stage hospitalier.

Pharmacie.

1re *Année.* — Cours de chimie, physique, histoire naturelle. — Travaux pratiques : Chimie minérale et pharmacie.

2e *Année.* — Cours de chimie, physique, histoire naturelle, matière médicale. — Travaux pratiques : Chimie organique analytique et toxicologie.

3e *Année.* — Cours de chimie, histoire naturelle, matière médicale, — Travaux pratiques : Micrographie.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Médecine.

1re *Année.* — Doctorat et Officiat : Cours de chimie, physique, histoire naturelle.— Travaux pratiques : Doctorat-Officiat Physique, histoire naturelle.

2e *Année.* — Doctorat : Cours de physiologie, médecine expérimentale, clinique externe. — Officiat : Cours de physiologie.

cliniques interne et externe. — Travaux pratiques : Doctorat. Histologie. — Officiat : Physiologie, stage hospitalier.

3e *Année*. — Doctorat : Cours de thérapeutique, hygiène, médecine expérimentale, physiologie, médecine opératoire, cliniques interne, externe et obstétricale. — Officiat : Cours de thérapeutique, physiologie, cliniques interne, externe et obstétricale. — Travaux pratiques : Doctorat. Physiologie, stage hospitalier. Officiat : Physiologie, médecine opératoire, stage hospitalier.

4e *Année*. — Doctorat : Cours de thérapeutique, hygiène, anatomie pathologique, médecine opératoire, cliniques et cliniques annexes. — Travaux pratiques : Doctorat. Médecine opératoire, anatomie pathologique, stage hospitalier. — Officiat : Cours de thérapeutique, cliniques et cliniques annexes. — Travaux pratiques : Officiat. Médecine opératoire, stage hospitalier.

Pharmacie.

1re *Année*. — Cours de chimie, physique, histoire naturelle et pharmacie. — Travaux pratiques : Chimie minérale et pharmacie.

2e *Année*. — Cours de Chimie, physique, histoire naturelle et pharmacie. — Travaux pratiques : cours de chimie organique, analytique et toxicologie.

3e *Année*. — Cours de chimie, histoire naturelle et pharmacie. — Travaux pratiques : Botanique et physique.

Bordeaux, le 24 octobre 1887.

Mon cher rédacteur,

Pas mal de chemin a été parcouru depuis l'an dernier, et si nous ne sommes pas encore au but terminal, nous avons du moins la satisfaction de vous dire que beaucoup a été fait, et bien fait. Vous en jugerez vous-même par la simple relation du fonctionnement de notre Institut anatomique. Le personnel de la Faculté a subi quelques modifications importantes. Deux nominations professorales : le docteur Demons, professeur de clinique chirurgicale, en lieu et place de M. le Dr Denucé, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite, à partir du 1er novembre 1886; le Dr Blarez, nommé professeur de chimie par décret du 18 mars 1887. De nouvelles recrues dans le corps des agrégés ont été appelés en exercice à partir du 1er novembre 1886 : MM. le Dr André Moussous, agrégé de médecine, le Dr Pousson, agrégé de chirurgie ; le Dr Ferré, agrégé d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Testut ; le Dr Nabias, agrégé des sciences naturelles; M. le Dr Maurice Denucé, agrégé de chirurgie a été appelé en exercice le 1er mars 1887 en remplacement de M. Lagrange, nommé le 20 février, médecin-major au Tonkin. M. le Dr Denigès, chef des travaux chimiques, a été appelé en même temps, à partir du 15 mai 1887, aux fonctions d'agrégé de chimie par suite de la nomination au titulariat du Dr Blarez. Enfin le Dr Bitot a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 1er juin de cette année — Dès le début de l'année 1887, un grand changement a été opéré dans le personnel administratif de la Faculté. M. Lambert des Cilleuls, secrétaire, a été nommé à la Faculté de Nancy. C'est un avancement mérité à tous égards et dû certainement aux qualités que nous avons eu l'occasion d'apprécier dans des circonstances très délicates. Il a été remplacé par M. Lemaire, attaché au ministère de l'Instruction publique. Le nouveau secrétaire nous semble avoir conquis d'emblée les sympathies du corps médical, professeurs et élèves. Il y a lieu de s'en féliciter pour tout le monde. Nous sommes particulièrement heureux de saisir cette occasion pour le remercier de son bienveillant accueil. — Parmi les désiderata, il est un vœu émis du reste par la Faculté sur lequel j'attire particulièrement votre attention : c'est la situation des préparateurs. Il n'est pas de règle sans exception et si, d'une façon générale, on doit protester contre le cumul, il y a lieu, en l'occurrence, de créer une exception. Il serait à désirer que les préparateurs pussent à la fois cumuler leur modeste traitement de 600 francs et l'allocation des bourses : cela permettrait d'avoir des préparateurs sérieux, soucieux des intérêts matériels d'un laboratoire, désireux de poursuivre la solution de questions scientifiques, qu'ils sont souvent obligés d'abandonner à cause d'exigences, étrangères il est vrai, mais de première nécessité.

Dans sa séance du 26 mai 1887, le conseil de la Faculté de médecine, a adopté les conclusions d'un rapport sur le projet de réorganisation des cliniques annexées, par M. le Professeur Viaud. Travail consciencieux et écrit de main de maître, ce rapport devrait être publié *in extenso* dans ce numéro. Les limites qui nous sont tracées pourraient en atténuer l'importance par une interprétation plus ou moins juste ou en diminuer la valeur par une analyse trop succincte, aussi, me contenterai-je, d'en retracer les conclusions :

1° La Commission émet le vœu qu'il soit créé, à la place des cliniques annexes existant actuellement, des cliniques magistrales consacrées aux spécialités suivantes :

1° Maladies des enfants ;
2° — cutanées et syphilitiques ;
3° — nerveuses et mentales ;
4° — des oreilles, du larynx et du nez ;
5° — des voies génito-urinaires ;
6° — des femmes et gynécologie.

2° S'il n'est pas possible de créer actuellement toutes ces cliniques, la Faculté émet le vœu que les deux premières au moins, c'est-à-dire les maladies des enfants et les maladies cutanées et syphilitiques, soient constituées par transformation des cliniques annexes existant actuellement à la Faculté de Bordeaux et dont les chargés de cours arrivent au terme de leur délégation.

3° La Faculté émet le vœu que les cliniques qui suivent, dans le classement ci-dessus, soient établies par transformation de certaines chaires théoriques magistrales au fur et à mesure de la vacance de celles-ci, ou par réunion d'enseignements connexes actuellement répartis en deux chaires.

4° Si l'Administration supérieure croyait devoir maintenir l'organisation actuelle des cours annexes, la Faculté émet le vœu : 1° que ces enseignements soient, autant que possible, réservés aux agrégés, que ceux-ci soient ou non médecins ou chirurgiens des hôpitaux; 2° que la nomination des chargés de cours de cliniques annexes soit faite sur présentation par la Faculté, selon la procédure actuellement en vigueur pour la nomination des professeurs.

5° Subsidiairement, la Faculté émet le vœu que le cadre de l'enseignement comprenne des professeurs titulaires et des professeurs adjoints, et que l'avancement soit attaché à la personne et non à la nature de l'enseignement.

Je me propose, mon cher Rédacteur, de revenir un jour sur la description d'ensemble de la nouvelle Faculté, si vous me le permettez, tant au point de vue architectural qu'au point de vue scientifique proprement dit, de vous dire combien nos espérances ont été dépassées si nous jugeons de l'avenir par le présent. Il est un fait certain, c'est que peu de Facultés en France pourront supporter la comparaison. Du reste si j'en crois les récits fidèles de personnes autorisées, qui citent en première ligne comme installation l'Institut anatomique de Strasbourg, celui de Bordeaux n'aurait rien à lui envier. C'est un fait que je suis heureux, pour mon compte particulier, de vous signaler à l'endroit d'un maître dont le nom signifie vénération : le professeur Bouchard. L'Institut anatomique de Bordeaux est un véritable modèle. Tout y est aménagé de la façon la plus pratique, la plus confortable, la plus hygiénique. Rien n'a été épargné : En cela, l'architecte de la Faculté, M. Pascal, me semble s'être inspiré de toutes les données scientifiques les plus rigoureuses, et des conseils les plus autorisés. A peu près complètement isolé du reste des bâtiments, compris entre une cour intérieure à ciel ouvert d'une part et un jardin de l'autre, il comprend trois pavillons disposés parallèlement. Le rez de chaussée se compose de plusieurs salles, destinées à la réception et à la conservation des cadavres, les ouvertures en sont très étroites de façon à conserver une température à peu près constante. Dans chacune de ces salles se trouvent une série de blocs en ciment, inclinés avec gouttière destinée à l'écoulement des liquides. A peine un sujet nouveau est-il porté qu'il est immédiatement soumis à des injections conservatrices et antiseptiques. Chaque sujet injecté est monté dans les salles de dissection au moyen d'un monte-charge. Un jour viendra qui n'est pas très éloigné, où l'Institut anatomique possédera, en outre, les appareils pour la congélation des cadavres, de distillation pour les alcools dénaturés, un atelier pour le moulage, etc...

Au premier étage se trouvent indépendamment du laboratoire du professeur d'anatomie, du chef des travaux anatomiques, du prosecteur et de celui du professeur de médecine opératoire, trois salles de dissection, véritables modèles d'instal.

lation pour les études anatomiques. Ventilation, chauffage, éclairage, rien n'a été négligé : lumière naturelle venant de deux côtés à la fois par des fenêtres d'une dimension au-dessus de la moyenne ; lumière artificielle obtenue à l'aide de réflecteurs dont le jeu est à la disposition du dissecteur. On peut le dire, sans crainte d'être démenti : Tout y est parfait dans les moindres détails et il serait intéressant de détailler chaque chose en particulier si cela était possible dans une simple correspondance comme celle-ci (Vestiaire, lavabo, casiers, bouches d'air, robinets d'eau, sol, tables en ardoise sur lesquelles reposent les sujets, etc.).

A l'heure actuelle, Saint-Côme (local de l'ancienne École de médecine) ne possède plus que la bibliothèque et le musée destiné aux collections ; mais ce n'est que provisoire puisque tout doit être transféré à Saint-Julien, dès que l'installation des locaux sera terminée. Il en est de même des services de physique, de chimie, d'histoire naturelle, de matière médicale, et de pharmacie qui resteront provisoirement à Saint-Raphaël. On parle en haut lieu de l'inauguration probable de la Faculté pour le semestre d'été : c'est évidemment de l'optimisme. Il y a trop à faire encore ; toutefois, nous serions fort surpris que l'année scolaire 88-89 ne saluât pas un événement aussi considérable pour la région du sud-ouest, car tous les plans, tous les devis de l'architecte pour l'installation intérieure des laboratoires, des cabinets des professeurs après avoir été examines par le ministère sont approuvés avec quelques modifications qui portent sur les détails. Or il était réservé un crédit de 500,000 fr. pour cet aménagement : cette somme suffira certainement pour ce qui sera la partie mobilière proprement dite. Mais où elle sera insuffisante, c'est quand il s'agira de doter les laboratoires d'instruments de précision si utiles mais si coûteux, tous nécessaires pour l'instruction des élèves et l'avancement des questions scientifiques. On ne saurait s'arrêter quand il s'agit de l'intérêt général. Nul doute que le ministère de l'Instruction publique et la ville de Bordeaux, si fière et à juste titre de sa Faculté de médecine, ne rivalisent de zèle à un moment donné pour ce dernier complément. Le passé nous est garant des sacrifices futurs. Les succès obtenus déjà ne sont-ils pas éloquents? Il n'est pas de meilleur argument que de mettre sous les yeux de qui de droit les deux tableaux suivants :

Le nombre des inscriptions délivrées par la Falcuté a suivi la progression suivante :

ANNÉES	MÉDECINE	PHARMACIE	TOTAL
En 1878-1879	863	453	1,316
1879-1880	750	361	1,111
1880-1881	860	361	1,221
1881-1882	1,031	455	1,486
1882-1883	1,047	542	[illegible]
1883-1884	1,201	538	1,739
1884-1885	[illegible]	530	[illegible]
1885-1886	1,510	662	2,181
1886-1887	1,479	616	2,095

La Faculté a délivré depuis sa fondation jusqu'à la fin de la dernière année scolaire 1,053 diplomes de divers ordres, savoir :

ANNÉES	Docteurs en médecine	Officiers de santé	Pharmacien diplomé supérieur	Pharmacien de 1re classe	Pharmacien de 2e classe	Sages-Femmes	Herboriste	TOTAL
En 1878-1879	1	3	»	4	10	24	1	43
1879-1880	7	4	[illegible]	13	24	24	2	74
1880-1881	21	2	[illegible]	14	15	24	2	83
1881-1882	29	3	»	19	21	33	2	107
1882-1883	44	9	»	25	18	29	2	116
1883-1884	47	11	1	19	24	32	4	138
1884-1885	34	11	1	15	13	23	1	96
1885-1886	77	4	»	38	29	29	3	181
1886-1887	114	6	»	32	[illegible]	[illegible]	2	215
							TOTAL	1,0[illegible]

Recevez, mon cher Rédacteur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr X...

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

A cette École, de même que dans les Facultés de Médecine et les Écoles supérieures de Pharmacie, les élèves pour l'officiat de santé peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens. Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. La circonscription de l'École comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

Année scolaire 1887-1888.

Les cours commenceront le jeudi 3 novembre 1887.

Semestre d'hiver.

Anatomie. — Tous les jours, à midi. Professeur, MM. Jouon ; Rouxeau, prof. suppl.

Chimie. — Tous les jours, à 1 heure. M. Andouard.

Physique. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures 1/2. M. Leduc.

Matière médicale. — Mardi, jeudi, à 5 heures. M. Menier.

Pathologie chirurgicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures M. Montfort.

Hygiène. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. M. Hervouet.

Accouchements.—Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. M. Guillemet.

Les dissections, obligatoires pour les étudiants de 2e et 3e année, sont dirigées par M. Lerat, chef des travaux anatomiques.

Semestre d'été.

Pharmacie et toxicologie.—Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure. M. Herbelin.

Physiologie. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. M. Laennec.

Histologie et anatomie pathologique. — Lundi mercredi, vendredi, à 3 heures. M. A. Malherbe.

Histoire naturelle médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure. M. Bureau.

Thérapeutique. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. M. Chartier.

Pathologie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. M. Viaud-Grand-Marais.

Médecine opératoire.—Bandages et appareils. — Mardi, jeudi, à 5 heures. M. De Larabrie, professeur suppléant.

Chimie biologique.— Mercredi, vendredi, à 3 heures. M. Lefèvre, professeur suppléant.

Médecine légale. — Mercredi, samedi, à 5 heures. M. Ollive, professeur suppléant.

Cliniques.

Clinique médicale.— Lundi, mercredi, vendredi, de 8 à 11 heures. Les élèves de 3e et 4e année, aspirants au doctorat, et les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants à l'officiat, doivent suivre cette clinique. MM. Malherbe et Trasrour.

Clinique chirurgicale. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 11 heures. Les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants au doctorat, et les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants à l'officiat, doivent suivre cette clinique. MM. Chenantais et Heurtaux.

Clinique obstétricale. — Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir. Tous les étudiants de [illegible] et [illegible] année doivent suivre cette clinique. M. Guillemet.

Clinique ophthalmologique à l'Hotel-Dieu. — Consultations gratuites tous les jours, sauf le mercredi, au Dispensaire de l'École. Leçons théoriques et pratiques à 1 heure. M. Dianoux.

Clinique des maladies des enfants et des vieillards. — A l'Hospice général, les mardi, jeudi et samedi pendant le semestre d'hiver. M. Laennec.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 10 heures du matin, de midi à 4 heures et de 7 à 9 heures le soir. — Le *Musée* [illegible] et celui des collections de matières médicales sont ouverts [illegible].

Professeur honoraire : M. [illegible].

Cours obligatoires suivant les années d'études.

[illegible]

Première année. — Hiver : Chimie, Matière médicale, Physique, travaux pratiques de chimie. Officiers de santé, [illegible]. — Été : Histoire naturelle, chimie biologique, travaux pratiques d'histoire naturelle, travaux pratiques de physique.

Deuxième année. — Hiver : Anatomie, travaux pratiques de dissection, petite chirurgie. Officiers de santé : Pathologie chirurgicale. — Été : Physiologie, histologie élémentaire, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques d'histologie.

Troisième année. — Hiver : Anatomie, travaux pratiques de dissection, pathologie chirurgicale, accouchements. — Été : Physiologie, anatomie pathologique, pathologie médicale, thérapeutique, clinique d'accouchements, médecine opératoire, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques de médecine opératoire, travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Quatrième année. — Hiver : Hygiène, pathologie chirurgicale, accouchements. — Été : Anatomie pathologique, thérapeutique, médecine légale clinique d'accouchements, médecine opératoire, pathologie médicale, travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Les cours de chimie, physique, matière médicale, histoire naturelle, pharmacie et toxicologie, et les travaux pratiques afférents à ces cours sont obligatoires pour tous les étudiants en pharmacie. — Les travaux pratiques de chimie, obligatoires pour tous les élèves en pharmacie et tous les étudiants en médecine de première année, auront lieu: pour les étudiants en médecine de première année, les mardi, jeudi, samedi, de 1 à 4 heures. Pour les étudiants en pharmacie, les lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine, de 2 à 5 h. — Ils seront dirigés par M. Audrain, chef des travaux chimiques et physiques. — Les travaux pratiques de petite chirurgie auront lieu en novembre et décembre et seront dirigés par M. De Larabrie, professeur suppléant, mercredi et vendredi, de 2 à 3 h. — Des conférences de pharmacie pratique (étude du codex) seront faites les mardi et jeudi de chaque semaine, à 3 h., du 1er février au 31 mars, par M. Herbelin, professeur de pharmacie. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique auront lieu les mardi et samedi, de 2 à 4 h., et ceux d'histologie élémentaire le jeudi de 2 à 4 h. et seront dirigés par M. A. Malherbe. — Les travaux pratiques de physiologie auront lieu tous les mercredis à 1 h, dirigés par M. Laennec. — Les travaux pratiques de pharmacie et toxicologie, obligatoires pour les étudiants en pharmacie, auront lieu les lundi et jeudi de chaque semaine, de 2 à 5 heures, et seront dirigés par M. Audrain, chef des travaux chimiques.— Manipulations de physique les mercredi, jeudi et vendredi de chaque semaine : Officiers de santé, le mercredi, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2; docteurs, le jeudi, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2; pharmaciens, le vendredi, de 2 à 5 h., par M. Audrain, professeur suppléant. — Travaux pratiques de micrographie végétale, les mercredi et samedi, de 2 à 5 h., par M. Douteau, professeur suppléant. — Des herborisations, dirigées par M. Bureau, auront lieu tous les dimanches, pendant le semestre d'été. — Des conférences de matière médicale seront faites le mardi de chaque semaine, à 3 heures, du 1er juin au 1er août, par M. Ménier.

N. B.— Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conferences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'école, établi conformément à l'article 16 du decret du 30 juillet 1883.) Ne seront admis à subir les examens probatoires que les étudiants exercés à tous les cours et travaux pratiques. — Conformément à la demande des présidents des Jurys d'examens, des notes sur l'assiduité des étudiants aux cours et aux travaux pratiques seront consignées sur les tableaux d'inscription aux examens probatoires.

Stage des étudiants en médecine — Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire, pendant deux ans, un stage régulier dans l'un des hôpitaux placés près des écoles où ils prennent leurs inscriptions. — Les aspirants au doctorat qui prendront leur première inscription au mois de novembre devront être pourvus de leurs diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier ès sciences restreint, et acquitter les droits de travaux pratiques et de bibliothèque, soit 60 fr. pour la première année, 40 fr. pour la deuxième et la troisième, et 20 fr. pour la quatrième. Les aspirants au titre d'officier de santé acquitteront les mêmes droits. Tous les étudiants en médecine et en pharmacie devront en outre, à moins de dispense spéciale, acquitter les droits d'inscriptions qui sont de 30 francs par trimestre.

Nantes le 26 octobre 1887.

Mon cher Directeur,

L'année qui vient de s'écouler a vu pour la première fois s'exercer dans toute leur plénitude les nouvelles prérogatives accordées à l'École de plein exercice de Nantes comme aux autres Écoles de même ordre. Nous avons eu deux séries d'examen de doctorat, une pour le premier et l'autre pour les deux parties du second.

Les résultats de ces examens ont été très satisfaisants, puisque au 1er de doctorat 17 candidats sur 24 ont été reçus et qu'au second de doctorat les résultats ont été les suivants : Pour la première partie, à la session d'avril 1882, 13 candidats sur 14 ont été reçus dont 1 avec la mention extrêmement satisfait et 6 avec très satisfait. Pour la seconde partie du 2e de doctorat, à la session d'août 1887 les 10 candidats ont été reçus.

En présence de ces résultats, M. le professeur Gautier, qui présidait le premier de doctorat et la 2e partie du second a adressé au Ministre de l'Instruction publique un rapport des plus flatteurs pour l'École de Nantes, concluant à ce que les professeurs de cette École fussent admis « à faire subir eux-« mêmes à leur élèves les examens auxquels ils les préparent « si bien. »

Vous voyez par ce qui précède que l'École de Nantes est en voie de prospérité. Cette prospérité s'accuse également par l'élévation du chiffre des inscriptions qui depuis quelques années n'a cessé de s'accroître comme le montre le tableau suivant :

Années 1882-83	—	355	inscriptions.
— 1883-84	—	400	—
— 1884-85	—	456	—
— 1885-86	—	469	—
— 1886-87	—	565	—

Les 565 incriptions relevées pour l'année scolaire qui s'achève en ce moment comprennent :

56 aspirants au doctorat.
32 à l'officiat.
9 au titre de pharmacien de 1re classe.
44 au titre de pharmacien de 2e classe.

Ce qui donne un total de 141 étudiants régulièrement inscrits. Les mutations suivantes ont eu lieu dans le personnel enseignant : M. le Dr Lapeyre, professeur d'hygiène et de médecine légale, a succombé à la phtisie pulmonaire en décembre 1886. MM. Kirchberg, Poisson et Bertin, professeurs suppléants ont cessé leurs fonctions, leur temps d'exercice étant expiré. Ils ont été remplacés par MM. Ollive, de Larabrie et Douteau nommés à la suite de concours subis à Paris. M. Ollive et de Larabrie qui étaient chefs de clinique à l'École ont été remplacés à la suite de deux concours par MM. Perrochaud et Josso. On attend toujours la nomination d'un professeur d'ophthalmologie et celle d'un professeur d'hygiène et de médecine légale.

Au point de vue du matériel, l'École s'améliore peu à peu, mais il y a beaucoup à faire encore pour que toutes les branches des sciences médicales, au moins toutes les principales, soient convenablement installées. Ainsi l'enseignement de la bactériologie, qui deviendra urgent d'un jour à l'autre, serait fort difficile à installer, étant donnés les locaux dont l'École dispose. — Veuillez agréer... X.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Directeur : M. le Dr J. Chapplain.
Professeurs honoraires : MM. Roberty, Girard et Sirus-Pirondi.

Semestre d'hiver 1887-1888.

Les cours auront lieu, à partir du 3 novembre, dans l'ordre suivant

Cours annuels. — Clinique.

Cliniques médicales : MM. Villard, professeur, Laget, professeur, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Cliniques chirurgicales. — MM. Chapplain et Combalat, professeurs, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Clinique obstétricale. — M. Magail, professeur, hôpital de la Conception, à 11 h. du matin. Etudiants en médecine de 4e année.

Une leçon sera faite aux étudiants de 1re année, le mercredi, à 8 h. 1/2 du matin, à l'Hôtel-Dieu, sur les bandages, la petite chirurgie et le maniement des instruments de diagnostic.

MM. les Chefs de clinique feront, en outre, des conférences dans le but d'exercer les élèves au diagnostic.

Cours d'hiver.

Anatomie — M Rampal, professeur, mardi, jeudi, samedi; M. Gamel, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 3/4. Etudiants en médecine de 1re année. Officiat de santé. De 2e et 3e année. (Officiat et Doctorat).

Chimie médicale. — M. Rietsche, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2 du matin. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Physique médicale. — M. Caillol de Poncy, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 6 h. du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Pathologie interne. — M. Nicolas-Duranty, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Matière médicale. — M. Heckel, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 3 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants en pharmacie.

Histologie. — M. Jourdan, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 11 h. du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Médecine légale. — M. PAUCHON, chargé de cours, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année.

Toxicologie et hydrologie. — M. DOMERGUE, professeur suppléant, mardi, samedi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants en pharmacie.

Ophthalmologie. — M. N..., professeur suppléant ; consultation : lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. de l'après-midi; leçons, lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. Etudiants en médecine de 4e année.

Travaux pratiques. — Dissections.

M. ALEZAIS, chef des travaux anatomiques, fera, les lundi, mercredi, et vendredi, à 3 h. de l'après-midi, une leçon sur l'ostéologie. Les pavillons d'anatomie sont ouverts pendant tout le semestre d'hiver. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine de 2e et 3e année, Elles ont lieu de 3 heures à 6 heures, sous la direction de M. ALEZAIS et de MM. LOUGE, SCHNELL et PAGLIANO, aides d'anatomie.

Les travaux pratiques de chimie et de pharmacie, les conférences sur les manipulations et les travaux pratiques d'histoire naturelle et d'histologie, auront lieu aux heures habituelles, sous la direction de MM. ROBERT et BLANC, chefs des travaux.

Par décision du Conseil de l'École, les registres d'inscription seront ouverts du 20 octobre au 5 novembre.

Cours complémentaire.

Clinique des maladies mentales, à l'asile Saint-Pierre, où sont admis, sur la présentation de leurs cartes, MM. les étudiants en médecine de 3e et 4e année.

Semestre d'été 1887-1888.

Pharmacie. — M. ROUSTAN, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. Etudiants en pharmacie.

Histoire naturelle (botanique). — M. BOUISSON, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Physiologie. — M. LIVON, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Pathologie externe. — M. VILLENEUVE, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e, 3e et 4e année.

Thérapeutique. — M. ROUX (de Brignoles), chargé de cours. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Anatomie pathologique. — M. FALLOT, chargé de cours. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Chimie organique. — M. N..., professeur suppléant. Mercredi, vendredi, à 3 heures 1/2 du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Médecine opératoire. — M. N..., professeur suppléant. Mardi, samedi, à 5 heures du soir. Etudiants en médecine de 3e et de 4e année.

Toxicologie et hydrologie. — M. DOMERGUE, professeur suppléant. Mercredi, samedi, à 6 h, du soir. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants en pharmacie.

Histoire naturelle (zoologie) — M GOURRET, professeur suppléant provisoire. Mardi, jeudi, à 6 heures 1/4 du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Cours sur fonds de concours. — *Bactériologie.* — M. RIETSCH, chargé de cours.

COURS LIBRE.

Pathologie de la grossesse, dystocie. — M. QUEIREL, ancien professeur suppléant, Mardi, samedi, à 5 heures du soir. — Les travaux pratiques obligatoires seront faits suivant l'ordre déterminé par le règlement intérieur.

Marseille, le 29 octobre 1887.

Mon cher Rédacteur en chef,

L'année scolaire qui vient de s'écouler ne marquera pas une étape nouvelle dans la vie scientifique de notre Ecole. Il est fort à craindre, malheureusement, qu'il en sera longtemps ainsi, puisqu'il est dit que Marseille, seconde ville de France, au point de vue de la population, aura longtemps encore à envier à Lyon, Lille et Bordeaux, la transformation de son Ecole en Faculté. C'est avec une profonde tristesse et de bien vifs regrets que nous voyons nos immenses ressources en moyens d'instruction si peu utilisées, des sommes considérables dépensées pour l'entretien d'une école fréquentée par un nombre d'élèves relativement si faible. Ce qui est plus grave encore c'est que l'internat de nos hôpitaux souffre sérieusement de cette situation. Au bout de 2 à 3 ans d'études, la plupart des aspirants au doctorat trouvent tout avantage à nous quitter, attirés vers la Faculté où leurs examens doivent être subis. — Quelques modifications sont survenues, cette année, dans le personnel enseignant. La retraite de M. Pirondi (par application du décret sur la limite d'âge) nommé professeur honoraire en récompense, si justement méritée, d'un enseignement poursuivi pendant de nombreuses années avec un zèle et une activité incomparables, a rendu vacante la chaire de pathologie externe et de médecine opératoire M. Villeneuve, suppléant des chaires de chirurgie, a été naturellement désigne pour la remplir.

La mort a fait perdre à l'Ecole un de ses plus sympathiques et savants professeurs, le regretté Dr Rousset. La chaire de chimie médicale qu'il occupait avec tant de distinction a été confiée à M. Riesteh, pharmacien de 1re classe, docteur es-sciences naturelles, suppléant des chaires de physique et de chimie et chargé, cette année même, du nouveau cours de bactériologie.

A la suite de divers concours, ont été institués : *Suppléant des chaires de chirurgie*, M. Leguaite; *suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale*, M. Domergue, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences physiques, pharmacien en chef des hôpitaux; *suppléant des chaires de médecine*, M. Arnaud, médecin-adjoint des hôpitaux. L'enseignement de l'anatomie est aussi complet que possible; outre les cours des professeurs titulaires et suppléants, il y a le cours du prosecteur. Le chef des travaux anatomiques fait des leçons d'embryologie. Un cours de bactériologie a été inauguré cette année par M. Rietsch ; cet enseignement et le laboratoire qui en dépend ont été dotés par le conseil municipal et la Chambre de commerce.

Il m'est pénible, en terminant, de constater que, dans le cours de cette année, des tiraillements se sont produits entre l'Administration hospitalière et les Internes en médecine et en pharmacie. C'est là un incident que j'eusse volontiers laissé dans l'oubli, s'il n'avait été un des principaux motifs qui ont dû amener l'Administration à rétablir *le Chef Interne.* Les avantages et les inconvénients de cette institution, que l'on croyait à tout jamais disparue, sont diversement appréciés par le corps médical des hôpitaux. Mais ce que l on peut avancer sans conteste c'est que l'utilité du Chef-Interne est en raison inverse de la capacité du corps de l'Internat. Avec de bons internes, le Chef interne constitue une véritable superfétation, je dirai même une réelle obstruction. Or comment relever le niveau du Corps de l'internat? Seule, la transformation de notre Ecole en Faculté sera capable, à nos yeux, d'obtenir cet important résultat.

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur en chef, l'assurance de mon affectueux dévouement.

Docteur X...

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Directeur : M. CAUBET.

La circonscription de l'école comprend les départements de la Hte-Garonne, Ariège, Gers, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes et Lot-et-Garonne.

Semestre d'hiver (du 3 novembre au 15 mars).

Clinique médicale. — M. CAUBET, professeur; à l'Hôtel-Dieu.

Clinique chirurgicale. — M. JEANNEL, professeur, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique obstétricale. — LABAT, professeur, à l'Hôtel-Dieu.

Anatomie descriptive. — M. CHARPY, professeur.

Anatomie descriptive. — M ROCHARD, chef des travaux.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. PÉNIÈRES, professeur.

Pathologie médicale et générale. — M. ST-ANGE, professeur.

Pharmacie galénique. — M DUPUY, professeur.

Physique médicale. — M. REY, chargé de cours.

Chimie minérale (cours complémentaire). — M. X..., suppléant.

Histoire naturelle. Zoologie (cours complémentaire).— M. ROULE, suppléant.

Semestre d'été (16 mars au 31 juillet).

Clinique médicale. — M. BONNEMAISON, professeur, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique chirurgicale. — M. LABÉDA, professeur, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique obstétricale. — M. X..., suppléant.

Physiologie. — M. Toussaint, professeur, suppléé par M. Laulanié.
Histoire naturelle (botanique). — M. Lamic, professeur.
Chimie organique et toxicologie. — M. Frébault, professeur.
Thérapeutique. — M. Basset, professeur.
Pathologie externe (cours complémentaire.) — M. X. ., suppléant.
Pathologie interne (cours complémentaire). — M. Maurel, suppléant.
Anatomie générale et histologie (cours complémentaire). — M. Rochard, suppléant.
Anatomie pathologique. — M. Tapie, professeur.
Matière médicale. — M. Braemed, chargé de cours.
Hygiène et médecine légale. — M. André, professeur.
Pharmacie chimique (cours complémentaire). — M. X .., suppléant.

TRAVAUX PRATIQUES.

Semestre d'hiver.

Dissection et médecine (2e et 3e année). — M. Rochard, chef des travaux.
Chimie et médecine (1re année). — M. X..., chef des travaux.
Chimie et pharmacie (2e et 3e année). — M. X..., chef des travaux.
Histoire naturelle et pharmacie (3e année). — M. Roule, suppléant.

Semestre d'été.

Chimie et pharmacie (2e et 3e année). — M. X.. , chef des travaux.
Physique et pharmacie (3e année). — M. X..., chef des travaux.
Physique et médecine (1re année). — M. X..., chef des travaux.
Histoire naturelle et médecine (1re année) — M. Roule, suppléant.
Histologie et médecine (2e et 3e année). — M. X.... chef des travaux.
Anatomie pathologique et médecine (3e et 4e année). — M. X..., chef des travaux.
Médecine opératoire et médicale (4e année). — M. X..., suppléant.
Physiologie et médecine (3e année). — M X..., chef des travaux.

Prix Lefranc de Pompignan. — M. le marquis Lefranc de Pompignan a légué à l'Ecole de Médecine de Toulouse une rente de quinze cents francs par an destinée à fonder un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'étudiant en médecine qui aura pris régulièrement, et sans interruption pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat et se sera fait distinguer par sa bonne conduite et ses progrès. Le lauréat recevra quinze cents francs par an, pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Le prix, qui a été décerné en 1883, sera décerné de nouveau à la fin de l'année 1886.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de trois cents francs sera décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié trois années dans ladite Ecole, y aura été reçu officier de santé avec le plus de distinction.

Prix Gaussail. — Mme veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40,000 fr., dont le revenu doit servir à fonder deux prix à décerner annuellement à des etudiants en médecine, un concours spécial sera ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, aux élèves de première année et aux élèves de deuxième année.

Prix de l'Ecole de Médecine. — Des concours de prix (médailles et livres) sont institués pour chaque année d'études, en médecine et en pharmacie, et décernés tous les ans dans la séance solennelle de rentrée de l'Ecole préparatoire.

Toulouse 23 octobre 1887.

Mon cher Directeur,

La transformation de l'école secondaire de médecine de Toulouse en école de plein exercice est un fait accompli. Par décret du 16 septembre 1887, l'école préparatoire a été supprimée et créée l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie, et par arrêté du 6 octobre 1887 le personnel de la dite école a été reconstitué. (Voir plus haut.)

Enfin, il sera pourvu par voie de concours à cinq suppléants, savoir: physique et chimie, 1; pharmacie et matière médicale, 1; médecine, 1; chirurgie et obstétrique, 2. Les concours s'ouvriront le 5 mai 1888 devant la Faculté de médecine de Bordeaux.

Voici quelques notes sur les titres des professeurs nouveaux venus à l'École de Toulouse : M. Penières est ancien interne des hôpitaux de Paris et agrégé des Facultés de médecine; — M. Tapie, également agrégé des Facultés de médecine, était récemment chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Montpellier. — M. Rey, licencié ès sciences mathématiques et physiques est un ancien élève de l'École Polytechnique : — M. Dupuy, pharmacien du degré supérieur, professait naguère un cours libre à l'Ecole de pharmacie de Paris; MM. Rochard et Maurel appartiennent au corps médical de la marine, le premier comme professeur à l'École de marine navale de Rochefort, le second comme médecin principal de la marine.

Par le fait de cette réorganisation, deux professeurs titulaires de l'ancienne école de médecine se trouvent évincés, MM. Noguès et Ripoll. M. Noguès, professeur de clinique interne, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite au mois d'août dernier et nommé professeur honoraire. — Par arrêté du 6 octobre 1887, M. Ripoll a été mis en congé d'inactivité jusqu'au 31 janvier 1888. Ce congé d'inactivité ne dit rien qui vaille; c'est une mise à la retraite déguisée, car la chaire de clinique chirurgicale qui était occupée par M. Ripoll est pourvue d'un nouveau professeur titulaire. Cette mesure est profondément regrettable; M. le professeur Ripoll, un ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, à publié de nombreux travaux scientifiques, et était considéré à juste titre comme un excellent professeur de clinique chirurgicale. Ajoutons que M. Ripoll n'a pas encore 65 ans.

Les modifications apportées aux locaux de l'École consistent dans l'agrandissement de la salle de dissection qui s'est accrue d'une vingtaine de tables, et dans la création d'un laboratoire de chimie biologique avec chenil. L'installation de ce laboratoire est parfaitement comprise et permettra aux élèves déjà avancés dans leurs études, d'y faire des recherches en vue de la préparation de leur thèse ou de travaux originaux, ou bien encore de compléter leur instruction scientifique.

Enfin, pour satisfaire aux exigences de l'enseignement de la clinique obstétricale, la maternité a été transférée de l'Hôtel-Dieu à l'hospice de la Grave, dans une des ailes de cet hôpital. Bien que l'aménagement de ce service ait été rigoureusement fait, il est à craindre que l'isolement ne soit pas des plus parfaits, et que plus tard on ne soit obligé de revenir au projet abandonné par suite du mauvais état des finances de la ville, qui consistait dans la création d'un pavillon spacieux dans les vastes jardins de l'hospice. Ce projet était préférable et la vie humaine est chose assez précieuse pour engager nos administrateurs à persévérer dans leur première idée.

Pendant l'année scolaire 1886-87 le nombre des étudiants s'est maintenu sensiblement égal à celui de l'année précédente. Il a été délivré 606 inscriptions à 169 étudiants ainsi répartis: Doctorats, 63; officiats, 33; pharmaciens de 1re classe, 11; pharmaciens de 2me classe 62. Comparativement à l'année précédente, le nombre des étudiants au doctorat a diminué; de 70 qu'il était, il est descendu à 63; en retour, les élèves en pharmacie de 2me clase ont été plus nombreux, de 48, chiffre de l'année 85-86, ce nombre s'est élevé à 62. Ces fluctuations dans le nombre des élèves, par rapport aux catégories auquelles ils appartiennent, sont la conséquence de la nouvelle organisation des écoles préparatoires; il est certain que les étudiants en doctorat, avec le nouveau régime de l'enseignement médical, ont tout intérêt à délaisser les écoles secondaires où ils ne peuvent subir aucun examen pour les écoles de plein exercice ou les Facultés. Espérons que l'avenir verra, pour l'ecole de plein exercice de Toulouse, ces prévisions se réaliser, et que l'année 1887-88 marquera la première étape de l'ère prospère de ce nouveau centre universitaire.

Agréez, mon cher Directeur, etc.

D. C.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Ecole d'Alger.

A l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie, l'enseignement est donné par douze professeurs titulaires, deux professeurs de clinique complémentaire, six professeurs suppléants, deux chefs de travaux, trois chefs de clinique, un prosecteur et un aide d'anatomie, et quatre préparateurs de physiologie, d'histoire naturelle, de chimie et de pharmacie. Il y a en outre deux cours libres de pathologie mentale et nerveuse et de maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Directeur : M. Texier.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Tholard.
Physiologie. — M. Rey.
Pathologie interne. — M. Texier.
Pathologie externe. — M. Vincent.
Clinique médicale. — M. Gros.
Clinique chirurgicale. — M. Bruch.
Clinique obstétricale et gynécologique. — M. Trolard.

Hygiène et médecine légale. — M. Sézary.
Thérapeutique. — M. A. Bourlier.
Histoire naturelle. — M. Trabut.
Pharmacie et matière médicale. — M. Battandier.
Chimie et toxicologie. — M. N...

Cours complémentaires de clinique.

Maladies syphilitiques et cutanées. — M. Gémy.
Maladies des enfants. — M. Caussanel.

Professeurs suppléants.

Anatomie et physiologie. — M. Ramakers.
Chaires de pathologie et de clinique internes. — M. Moreau.
Chaires de pathologie et de clinique externes. — M. Merz.
Chaire de chimie et toxicologie. — M. Guillemin, chargé aussi du cours de physique.
Chaire de pharmacie et matière médicale. — M. Ducruzel.
Chaire d'histoire naturelle. — M. Soulié.
Chef des travaux anatomiques. — M. Deshayes.
Chef des travaux chimiques. — M. Ducruzel.
Chefs de clinique : MM. Salière (médecine); N... (chirurgie); Cochez (obstétrique).
Préparateurs : MM. Labbé (prosecteur d'anatomie); Fumat (aide d'anatomie ; Chalançon, (préparateur de physiologie); Hanoune (chimie ; Benoit (Histoire naturelle) ; Hugues (Pharmacie).

L'instruction pratique est donnée comme il suit :

Cliniques. — C'est à l'hôpital civil de Mustapha, comprenant 600 lits répartis en onze services, que l'Ecole a ses cinq cours de clinique, et de plus, un pavillon spécial avec amphithéâtre d'opérations, servant de salle de cours, salle d'oculistique, laboratoire de chimie, cabinets, etc., spécialement destinés à l'enseignement de la clinique et édifiés par le Conseil Général.

1° *Clinique médicale.* — Elle occupe un pavillon de 40 lits (Salle Trousseau) avec cabinets d'isolement pour les hommes, et la moitié d'un autre pavillon (Salle Bichat) avec 20 lits et cabinets pour les femmes. Ce service a reçu cette année 363 malades : 108 femmes, 255 hommes.

2° *Clinique chirurgicale.* — Ce service occupe un pavillon (Salle Dupuytren) de 40 lits avec cabinets pour les hommes et dans le pavillon (Salle Bichat) 20 lits et des cabinets pour les femmes. Il y a été traité 265 malades : 85 femmes et 180 hommes et 141 opérations importantes ont été pratiquées.

3° *Clinique obstétricale.* — De création récente, elle occupe le pavillon de la maternité (Salle Dubois) et comprend une salle pour les femmes attendant leur délivrance de 20 lits, une salle d'accouchées 16 lits avec des berceaux, une table d'accouchements. Dans l'année, il a été pratiqué 150 accouchements et admis 166 femmes.

4° *Clinique des maladies des enfants.* — Installée lors de sa création dans deux anciens pavillons, ce service a été tranféré, cette année, dans les nouveaux bâtiments de l'hôpital. Il occupe le pavillon Guersant, comprenant 80 lits. 40 pour les filles, 40 pour les garçons. Il y a été traité 405 enfants : 163 filles, 242 garçons.

5° *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.* — Elle occupe dans deux anciens pavillons une salle de 35 lits pour la dermatologie et deux autres de 66 lits ensemble pour les syphilitiques. C'est le dernier service de clinique installé. Ce service a reçu 596 malades. 139 pour maladies cutanées et 457 pour la syphilis; sur ce total de 596 malades, on compte 152 Indigènes, dont 43 étaient dans le service de dermatologie.

La plupart des services autres que les cliniques sont occupés par des professeurs de l'Ecole, médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés au concours. Les étudiants y trouvent un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie. L'hôpital a 12 internes en médecine, 10 en pharmacie et un externe par service. Les internes et les externes sont nommés au concours; pour se présenter à l'internat, il faut avoir été externe pendant un an après concours ou avoir deux années de stage hospitalier. Les appointements des internes sont fixés comme il suit : 1re classe, 1200 fr. par an ; 2e classe 1000 fr., provisoires. 800 fr quand ils sont en exercice.

Prix Poisson. — Le prix, remis à la séance de rentrée des écoles, est institué pour les internes en médecine de 3e année; il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 francs. Le lauréat est promu à la 1re classe et prorogé d'une année dans ses fonctions. Ce prix, ainsi désigné du nom de son fondateur, est destiné à encourager chez les élèves le goût des recherches anatomiques pathologiques. Les épreuves, consistent en une serie de pièces d'anatomie pathologique devenant la propriété de l'Ecole et un memoire sur les maladies observées.

Anatomie et médecine opératoire. — En attendant l'achèvement des nouvelles écoles, les travaux pratiques d'anatomie et de médecine opératoire ont lieu à l'hôpital civil, dans un pavillon comprenant un amphithéâtre de dissection, une petite salle de cours et deux cabinets, pour le professeur et le chef de travaux, le prosecteur et l'aide d'anatomie. Le nombre des sujets est de 100 environ pour le semestre d'hiver, dissection) et de 60 pour celui d'été (Médecine opératoire). C'est une diminution sur les années précédentes, aussi l'Ecole a dû faire certaines démarches pour assurer le fonctionnement de ces travaux. Les dissections ont lieu tous les jours, sous la direction du chef de travaux, du prosecteur et de l'aide d'anatomie, les élèves sont munis de carnets sur lesquels sont inscrites les préparations faites par chacun d'eux pendant l'hiver. Les exercices de Médecine opératoire ont lieu deux fois par semaine en été, ils sont dirigés par le professeur suppléant des chaires de chirurgie; les autres jours, les élèves peuvent s'exercer sous la surveillance du prosecteur.

Chimie. — Les travaux pratiques ont lieu pendant toute l'année scolaire sous la direction du chef de travaux et du préparateur. Les élèves sont divisés par série. Ceux de 1re année (Médecine et Pharmacie) sont réunis en une série, les élèves en pharmacie de 2e et de 3e année forment la seconde. Les séances de manipulations ont lieu deux fois par semaine pour chaque série, elles durent 3 heures chacune. Les élèves inscrivent leurs préparations sur des carnets que contrôle le chef de travaux. Depuis le semestre d'été de la présente année, les travaux pratiques et les cours de chimie ont eu lieu aux pavillons de chimie des nouvelles Ecoles du camp d'Isly.

Histoire naturelle. — Les travaux pratiques ont lieu encore dans une salle du pavillon des cliniques de l'Ecole à l'hôpital civil, en attendant le prochain transfert dans les nouveaux bâtiments du camp d'Isly. Les élèves sont exercés à faire une série de préparations botaniques et zoologiques qu'ils reproduisent par le dessin. Pour ces études, ils font un emploi presque constant du microscope et acquièrent ainsi l'habitude du maniement de cet instrument. Ces travaux ont lieu deux fois par semaine, pendant toute l'année, sous la surveillance du professeur, ils sont dirigés par le professeur suppléant et le préparateur.

Pharmacie et matière médicale. — Les manipulations ont lieu deux fois par semaine, sous la direction du professeur suppléant, elles sont spéciales aux élèves en pharmacie de 2e et 3e année. Les élèves sont répartis par groupes ayant la disposition d'un microscope, et disposant des instruments du laboratoire, chambre claire, microtomes, etc. Toutes les préparations sont dessinées.

Histologie, anatomie pathologique. — Ces travaux ont été installés dans un petit laboratoire construit sur des galeries de l'ancien local de la rue René-Caillé, bien éclairé. Les séances ont lieu une fois par semaine en dehors des conférences faites par les suppléants et sous leur direction. Les élèves sont exercés à l'examen de pièces préparées et à la préparation de pièces mises à leur disposition; ils examinent ainsi des tumeurs et des produits pathologiques : les meilleures préparations sont conservées pour l'étude.

L'École possède aussi un petit *jardin botanique* à l'hôpital civil; il sera transporté plus tard aux nouvelles écoles. Un musée d'anatomie normale et pathologique à l'amphithéâtre de dissection. Une collection d'histologie normale et pathologique à l'École de médecine, un droguier à l'Ecole aussi; une collection d'histoire naturelle (zoologie et botanique) au pavillon de l'Ecole à l'hopital et à l'Ecole.

La notice de l'année dernière constatait que tous les travaux pratiques avaient lieu dans des locaux exigus et insuffisants, installés provisoirement ; en même temps elle entrait dans quelques détails sur les travaux en cours d'exécution au camp d'Isly et sur les bâtiments qui devaient etre prochainement mis à la disposition de l'Ecole. Les espérances d'alors sont devenues des réalités. Depuis le mois de mars 1886, les pavillons de physiologie et de chimie ont été livrés, les cours de physiologie, de chimie et d'histoire naturelle, ainsi que les travaux pratiques de chimie, ont eu lieu dans les nouveaux locaux: Une partie de l'enseignement de l'Ecole est donné au camp d'Isly, et il y a tout lieu d'espérer que d'autres cours encore y seront faits à partir de la présente année, en attendant que toute l'Ecole y soit transférée, ce qui ne saurait tarder si l'on juge d'après ce qui s'est passe jusqu'à présent. Alors l'Ecole de médecine d'Alger espère bien voir réaliser son vœu le plus ardent que justifient les succes des élèves, l'élévation au plein exercice.

Ecole d'Amiens.

Directeur. — M. Lenoel.
Directeur honoraire M. Herbet.

Professeurs titulaires.

Clinique interne. — M. Padieu.
Clinique externe. — M. Herbet.
Pathologie interne. — M. d'Heilly.
Pathologie externe. — M. Peulevé.
Clinique obstétricale et gynécologie. — M. Lenoel, père.
Anatomie. — M. Mollien.
Physiologie. — M. Scribe.
Hygiène et thérapeutique. — M. Richer.
Histoire naturelle. — M. Bernard.
Chimie et toxicologie. — M. Bor.
Pharmacie et matière médicale. — M. Debionne.
Physique. — M. Delage.

Professeurs suppléants.

Clinique interne et pathologie interne. — M. Bax.
Clinique externe et pathologie externe. — M. Léger.
Anatomie et physiologie. — M. Lenoel, fils.
Thérapeutique, histoire naturelle. — M. Wallet.
Chef des travaux anatomiques et physiologiques. — M. Léger.
Chef des travaux chimiques et physiques. — M. Wallet.
Chef de clinique médicale. — M. Lenté.
— *chirurgicale.* — M. Durosel.
— *obstétricale.* — M. Peaucellier.
Prosecteur d'anatomie. — M. Lenté.
Aide d'anatomie. — M. Andrieu.
Préparateur de chimie. — M. Segerd.
Préparateur de pharmacie. — M. Leroux.
Préparateur de physique. — M. Dauphin.
Préparateur d'histoire naturelle — M. Leplomb.
Secrétaire. — M. Boulfroy.
Bibliothécaire. — M. Chivot.

Ecole d'Angers.

L'École de médecine et de pharmacie d'Angers possède onze professeurs titulaires, 4 professeurs suppléants, 2 chefs des travaux. — Directeur : M. Meleux. Les chaires sont les suivantes :

Thérapeutique et hygiène. — M. Bahuaud, professeur.
Clinique chirurgicale. — M. Dezanneau, professeur.
Pathologie externe. — M. Douet, professeur.
Clinique interne. — M. Farge, professeur.
Pathologie interne. — M. Feillé, professeur.
Accouchements. — M. Guignard, professeur.
Physiologie. — M. Legludic, professeur.
Histoire naturelle. — M. Lieutaud, professeur.
Anatomie. — M. Meleux, professeur.
Pharmacie et matière médicale. — M. Raimbault, professeur.
Chimie et toxicologie. — M. Tesson, professeur.

Professeurs suppléants. — M. Jagot, chaire de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. Mareau, chaire de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. Gaudin, chargé du cours de physique. — M. Bricad, anatomie, chargé du cours d'histologie. — M. Charier, chef des travaux anatomiques. — M. N..., chef des travaux chimiques.

Enseignement pratique.

L'hôpital a 400 lits, tous les services y sont confiés à des professeurs de l'École, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. — *Clinique médicale* : hommes, 40 lits; femmes 30; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale* : hommes, 50 lits; femmes, 25; plus des tentes et un service de vénériens. — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits. — L'hôpital a cinq internes titulaires et 2 internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et deux aides d'anatomie nommés au concours. — Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. — Amphithéâtre des élèves; tables pour sept séries.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, un en second, deux aides, tous nommés au concours. Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plate-forme et étagère pour réactifs, etc.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes). — Physique, etc. — Bibliothèque ouverte aux élèves; 5,000 volumes de médecine. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. Nombreuses collections.

Ecole de Besançon.

Directeur : M. Chenevier. — *Professeurs honoraires* : MM. Sanderet de Valonne ; Druhen aîné.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Bruchon, professeur.
Physiologie. — M. Bornier, professeur.
Chimie et toxicologie. — M. Boisson, professeur.
Histoire naturelle médicale. — M. Magnin, professeur.
Clinique interne. — M. Coutenot, professeur.
Clinique externe. — M. Saillard, professeur.
Clinique obstétricale. — M. Druhen jeune, professeur.
Hygiène et thérapeutique. — M. Chenevier, professeur.
Pathologie interne. — M. Gauderon, professeur.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Chapoy, professeur.
Pharmacie et matière médicale. — M. Faivre, professeur.
Physique médicale. — M. Henry.

Professeurs suppléants chargés de cours.

Histologie normale. — M. Gounand.
Anatomie pathologique. — M. Roland.
Chirurgie des armées et médecine opératoire. — M. Heitz.
Chimie organique. — M. Faivre-Dupaigre.
Histoire naturelle. — M. N...
Chef des travaux anatomiques. — M. Phisalix.
Chef des travaux chimiques. — M. Morin.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs titulaires ; 5 professeurs suppléants chargés de cours ; 2 chefs de travaux ; 2 préparateurs et 2 aides. Un chef de clinique, 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 600 francs la seconde.

Besançon possède deux hôpitaux : 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques* renfermant plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'École. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Les élèves font le service de toutes les salles, civiles ou militaires. Il y a un laboratoire de clinique très complet ; 2° l'hospice de Bellevaux, renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité où se fait la clinique d'accouchements qui dispose de 20 lits ; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est départemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. Les cadavres sont en nombre suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. Les laboratoires sont bien installés et le mobilier va s'augmentant chaque jour. La bibliothèque, contenant plus de 6000 volumes, est à la disposition des élèves, qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'école. — L'Ecole va être reorganisée conformément au décret du 1er août 1883. — Le Conseil général du Doubs a créé six bourses de 600 francs chacune, en faveur des étudiants en médecine (Doctorat et Officiat) qui prendront l'engagement d'exercer dans le département pendant 10 ans. — S'adresser pour renseignements au directeur.

Ecole de Caen.

Directeur : M. Bourienne ; — *Secrétaire* : M. Carrelet.
Semestre d'hiver 1886-1887.

Les cours ont recommencé à partir du 3 novembre dans l'ordre suivant :

Clinique externe ou chirurgicale. — M. Deloney, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 7 h 1/2 du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique interne ou médicale. — M. Auvray, professeur, tous les lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique obstétricale. — M. Bourienne, professeur, les mardis, vendredis et samedis, à 9 heures à l'Hôtel-Dieu.

Anatomie. — M. Gidon, professeur, les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à midi, à l'Institut anatomique.

Pathologie interne. — M. X..., professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 5 heures, au palais de l'Université.

Chimie et toxicologie. — M. Le Petit, professeur, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, à 10 heures 1/2, palais de l'Université.

Hygiène et thérapeutique. — M. Chancerel, professeur, les mardi et jeudi, à 5 heures, vendredi et samedi, à 4 heures du soir.

Physique médicale. — M. Parchon, chargé du cours, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, à 4 heures.

Physique et chimie (cours complémentaire). — M. De Forezand, suppléant, mardi et vendredi à 9 heures.

Dissections. — M. Moutier, chef des travaux anatomiques ; tous les jours de 1 heure à 4 heures.

Anatomie et histologie pathologiques (cours complémentaire). — M. Gosselin, suppléant, mercredi, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Anatomie (cours complémentaire). — M. Moutier, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, vendredi et samedi, à midi.

Leçons élémentaires sur l'ostéologie et l'arthrologie. — Pendant les mois de novembre et de décembre seulement, les mardi et mercredi à 3 h. 1/2, palais de l'Université. M. X..., suppléant.

Travaux chimiques au laboratoire de l'Ecole, sous la direction de M. Picard, les lundi et samedi, de 7 heures à 11 heures du matin, vendredi, de midi à 4 heures.

Chef des travaux de physique. — M. Picard.

Ecole de Clermont-Ferrand.

Directeurs honoraires. — MM. les Dr Fleury et Bertrand.
Professeurs honoraires. — MM. Fleury et Rivet.
Directeur. — M. le Dr Ledru.
Secrétaire. — M. le Dr Dourif.

Cours annuels. Professeurs.

Clinique externe. — M. Ledru.
Clinique interne. — M. de Bourgade.

Thérapeutique. Matière médicale. — M. Imbert Gourbeyre.
Pathologie interne. — M. Dourif.
Pathologie externe. — M. Gagnon.
Histoire naturelle. — M. Girod.
Anatomie. — M. Tixier.
Physiologie. — M. Blatin.
Chimie minérale. — M. Huguet.
Pharmacie. — M. Rocher.
Accouchements. — M. Fredet.

Professeurs suppléants.

Petite chirurgie et médecine opératoire. — M. Bousquet.
Physique médicale. — M. Ch. Truchot.
Histologie. — M Pojelat.
Pathologie interne. — M. Fouriaux.
Chimie organique. — M. Ch. Truchot.
Chef des travaux anatomiques. — M. Pojolat.
Chef des travaux chimiques. — M. Grus.

Vastes laboratoires de chimie, amphithéâtres d'anatomie, où arrivent de nombreux cadavres provenant de l'Hôtel-Dieu, de l'asile d'aliénés de Clermont, de la maison centrale de Riom.

Cliniques médicales et chirurgicales, pourvues de nombreux malades. Salles d'accouchements mises à la disposition des élèves.

Ecole de Dijon.

Directeur. — M. Gautrelet.
Secrétaire. — M. François.
Professeurs honoraires. — M. Chanut. — M. Morlot.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Maillard.
Physiologie. — M. Tarnier.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Fleurot.
Pathologie interne. — M. Misset.
Clinique interne. — M. Deroye.
Clinique externe. — M. Parizot.
Accouchements, maladies des femmes et enfants. — M. Gautrelet.
Matière médicale et pharmacie. — M. Viallanes.
Chimie minérale. — M. Margottet, chargé de cours.
Histoire naturelle. — M. Laguesse.
Hygiène et thérapeutique. — M. Collette.
Physique médicale. — M. Branhes.

Professeurs suppléants.

Hygiène. — M. Quioc.
Anatomie et physiologie. — M. Pauffard.
Physique médicale — M. Hébert.
Chef des travaux anatomiques. — M. Broussolle.
Chef des travaux chimiques. — M. Hébert.
Cours de médecine opératoire et chirurgie des armées. — M. Broussolle.

Ecole de Grenoble.

Directeur : M. J. Berger ; *Secrétaire :* M. Imbert.
Professeur honoraire : M. Michaud.

Semestre d'hiver 1887-1888.

Les cours de ce semestre ont commencé le 3 novembre 1887.

Clinique interne. — M. Berger, professeur ; lundi, vendredi, à 8 heures 1/2.

Clinique externe. — M. Girard, professeur ; mardi, samedi, à 8 heures 1/2.

Anatomie. — M. Allard, professeur ; lundi, mercredi, vendredi, samedi, à 11 heures. — M. Pégoud, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques; mardi, jeudi, à 11 heures. — Les dissections sont obligatoires pour tous les élèves; elles ont lieu tous les jours sous la direction du chef des travaux anatomiques, M. Pégoud.

Hygiène et thérapeutique. — M. Berlioz, professeur ; lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 3 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. Breton, professeur ; mardi, vendredi, à 2 heures 1/4.

Chimie et toxicologie. — M. Raoult, professeur ; lundi et jeudi, à 2 heures. — *Manipulations.* M. Verne, chef des travaux chimiques ; mercredi, à 1 heure. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.

Pathologie interne. — M. Bisch, professeur ; mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures.

Histoire naturelle (zoologie). — M. Carlet, professeur; mardi, vendredi, à 1 heure.

Physique. — M. Jannet, chargé de cours ; mercredi, samedi, à 9 heures

Semestre d'été 1887-1888.

Les cours de ce semestre commenceront le 1er avril 1888.

Clinique interne. — M. Berger, professeur ; lundi, vendredi, à 8 heures 1/2.

Clinique externe. — M. Girard, professeur ; mardi, samedi, à 8 heures 1/2.

Histoire naturelle (botanique). — M Carlet, professeur ; mardi, vendredi, à 7 heures 1/2.

Clinique et cours d'Accouchements. — M. Rey, professeur ; lundi, mercredi et samedi, à 1 heure. Leçon à 1 heure.

Pharmacie et matière médicale. — M. Breton, professeur; mardi, vendredi, à 2 heures 3/4.

Chimie et toxicologie — M. Raoult, professeur ; lundi, jeudi, à 2 heures — *Manipulations* dirigées par le Chef des travaux chimiques, M. Verne ; mercredi, à 3 heures. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Turel, professeur; lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. 3/4. Samedi, à 3 h. 3/4, démonstrations pratiques par le professeur. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.

Physiologie. — M. Montaz, professeur ; mardi, mercredi, vendredi samedi, à 4 heures.

Physique. — M. Jannet, chargé de cours ; mercredi et samedi, à 9 heures.

Cours complémentaires.

Maladies des enfants. — M. Gallois, professeur suppléant, mercredi et jeudi à 8 heures 1/2.

Exercices pratiques de physique. — M. Labatut, professeur suppléant, mardi, vendredi, à 3 heures.

Anatomie générale. Histologie. — M. Nicolas, professeur suppléant, lundi, jeudi, à 2 heures.

Exercices pratiques d'histoire naturelle. — M. Gagneu, professeur suppléant, jeudi à 4 heures.

Exercices pratiques de pharmacie. — M. Giroud, professeur suppléant, mercredi et vendredi, à 4 heures.

Conférences dirigées par les Chefs de travaux et par les Suppléants pendant les deux derniers mois du semestre.

Circonscription de l'École : Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain.

Dispositions générales. — Des registres d'inscriptions sont ouverts au Secrétariat de l'Ecole pour les aspirants au doctorat en médecine, au titre d'officier de santé, au titre de pharmacien de première et de deuxième classe. Tout candidat qui prendra une première inscription sera tenu de déposer entre les mains du secrétaire de l'Ecole : 1° Son acte de naissance, constatant qu'il a au moins dix-sept ans accomplis ; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur l'autorisant à suivre les cours de l'Ecole ; 3° L'indication de son domicile dans Grenoble et celle du domicile de ses parents ; 4° L'étudiant qui aspire au doctorat doit produire, avant de prendre la première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres et celui de bachelier ès sciences restreint ou complet ; 5° L'aspirant au titre de pharmacien de 1re classe doit produire le diplôme de bachelier ès sciences ou de bachelier ès lettres, ou de l'enseignement spécial ; 6° L'élève qui aspire au titre d'officier de santé doit déposer le certificat de grammaire exigé, par les règlements, ainsi que le certificat d'examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial ; 7° L'aspirant au titre de pharmacien de 2e classe doit produire, en s'inscrivant, le certificat de grammaire et le certificat d'examen de validation du stage (Règlement du 31 août 1878). Les inscriptions sont gratuites. Le registre des inscriptions sera ouvert pendant les quinze premiers jours de chaque trimestre. L'inscription ne sera acquise et délivrée que les huit premiers jours du trimestre suivant, et seulement dans le cas où l'élève aura préalablement justifié de sa présence aux cours obligatoires pendant tout le trimestre écoulé.

Le stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au titre d'officier de santé, est obligatoire pour tous ces élèves. Il doit commencer, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée et se continuer jusqu'à la quatorzième inclusivement (décret du 18 juin 1862). Chaque année de stage réglementaire se compose, déduction faite des vacances, de dix mois complets de service effectif et commence régulièrement le 1er novembre pour se continuer sans interruption jusqu'au 31 août inclusivement. Les élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie doivent s'inscrire aux cours de chimie et d'histoire naturelle de la Faculté des Sciences. Les inscriptions dont il s'agit leur seront délivrées gratuitement.

Les inscriptions prises à l'Ecole de médecine comptent, pour toute leur valeur, comme prises dans une Faculté. Les travaux pratiques sont obligatoires, la rétribution à verser est fixée à 15 fr. par trimestre pour la première année et 10 fr. par trimestre pour les 2e et 3e années, et 5 fr. pour la 4e année (*Official,* décret du 20 juin 1878)

Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de 1re classe peuvent faire compter huit inscriptions d'Ecole préparatoire pour deux années dans une Ecole supérieure de pharmacie. Les élèves qui aspirent au titre de pharmacien de 2e classe sont tenus de prendre douze inscriptions (décret du 15 juillet 1875). Les étudiants ne seront admis à prendre les cinquième et neuvième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année (idem). Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les trois premières années de cours. La rétribution à verser a été fixée à 25 fr. par trimestre (idem). Le stage en pharmacie a une durée de trois ans.

Les élèves en pharmacie stagiaires attachés à une officine sont tenus de se faire inscrire au Secrétariat de l'Ecole dans les quinze jours de leur entrée dans l'officine. L'inscription est délivrée sur le vu d'un certificat de présence délivré par le pharmacien chez lequel est admis l'élève. Cette inscription doit être renouvelée tous les ans. Pour prendre la première inscription de stage, les candidats doivent être âgés de 16 ans révolus (circulaire du 8 octobre 1861) et être pourvus du grade de bachelier ou du certificat de grammaire.

Pour les aspirants au doctorat en médecine deux sessions d'examen seront ouvertes dans l'école préparatoire réorganisée, l'une au mois d'août pour le premier examen probatoire, l'autre au mois d'avril pour la première partie du deuxième examen probatoire.

Les sessions d'examens définitifs auront lieu aux époques suivantes : En août, pour les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens de 2e classe et les herboristes; En novembre, pour les pharmaciens de 2e classe ajournés ou empêchés de se présenter en août; En avril, pour les officiers de santé ajournés en août et pour les sages-femmes.

L'examen de validation de stage aura lieu aux mêmes époques que les examens définitifs des pharmaciens de 2e classe.

Par délibération de l'Ecole de médecine, des concours auront lieu à la fin de l'année scolaire ; les prix obtenus seront décernés dans la séance solennelle de rentrée.

Ecole de Limoges.

Directeur : Dr E. RAYMONDAUD.

Directeur honoraire : M. ASTAIX ; — *Secrétaire :* M. PILLAULT.

Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze et Dordogne.

ANNÉE SCOLAIRE 1887-88.

Les cours ont commencé le 2 novembre 1887.

Programme des cours.

SEMESTRE D'HIVER. — *Chimie et toxicologie.* — M. HAVET, chargé du cours, lundi, mardi, vendredi ; conférence, samedi, à 2 heures.

Clinique interne. — M. P. LEMAISTRE, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. RAYMONDAUD père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Anatomie. — M. J. LEMAISTRE, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à midi et demi.

Pathologie interne. — M. N..., professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 8 heures.

Thérapeutique. — M. MANDON, professeur, lundi, mardi, jeudi, conférence, samedi, à 4 heures.

Physique. — M. GASSE, chargé du cours, mardi, jeudi, samedi à 5 heures.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — *Clinique externe.* — M. RAYMONDAUD père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Clinique interne. — M. P. LEMAISTRE, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Accouchements, maladies des femmes. — M. L. BLEYNIE, professeur, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 4 heures.

Physiologie. — M. THOUVENET, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures.

Pathologie externe. — M. CHÉNIEUX, professeur, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 3 heures.

Histoire naturelle. — M. GUILLAUMET, chargé du cours, mardi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 8 heures du matin.

Pharmacie et matière médicale. — M. PILLAULT, professeur, lundi, mardi, jeudi ; conférence, samedi, à 1 heure.

Professeurs honoraires. — MM. BLEYNIE, père, MAZARD, et DEPERET-MURET.

Cours complémentaires et conférences.

Anatomie générale et embryologie. — M. G. RAYMONDAUD, professeur suppléant, les lundis, mercredis, vendredis, à 2 heures. — *Conférences d'anatomie,* mercredi et jeudi, de 1 h. à 5 h., samedi de 8 h. à midi M. DELOTTE, chef des travaux anatomiques.

Conférences et manipulations chimiques. — M. BESNARD, chef des travaux chimiques, mardi et jeudi, à 7 heures du matin.

Chirurgie des armées (secours à donner aux blessés en temps de guerre). — M. RAYMOND, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Hygiène. — M. DÉRIGNAC, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Professeurs suppléants : MM. RAYMOND, GUILLAUMET, G. RAYMONDAUD, DÉRIGNAC. — *Chef des travaux anatomiques :* M. DELOTTE. — *Chef des travaux chimiques :* M. BESNARD. — *Prosecteur:* M. LÉONET. — *Préparateur de chimie, pharmacie,* M. VALLET.

L'Ecole de Limoges présente des facilités particulières pour l'étude de l'anatomie. — Les cliniques médicale et chirurgicale s'exercent dans un vaste hôpital civil et militaire dont les différents services comprennent plus de 400 malades, blessés, femmes en couches, etc. — Tous les ans, cinq places d'internes dans cet établissement sont mises au concours à l'hôpital. Limoges possède une Société de médecine et de pharmacie, un journal organe de cette Société. — L'importante bibliothèque médicale de la ville a été transférée dans une des salles de l'école ; elle est ouverte tous les jours aux élèves.

Ecole de Poitiers.

ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

Directeur : M. CHÉDEVERGNE ; — *Secrétaire :* M. BOISTARD.

Semestre d'hiver. — *Clinique externe.* — M. CHÉDEVERGNE, les mardis, jeudis et samedis à 9 h.

Anatomie. — M. BUFFET-DELMAS, suppléant chargé du cours, les mardis, jeudis et samedis, à midi. — M. PIOU, chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis et jeudis, à midi.

Clinique interne. — M. ROBERT, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h.

Chimie et toxicologie. — M. GUITTEAU, les lundis, mercredis, et vendredis, à 1 h.

Pathologie interne. — M. BROSSARD, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. 1/2.

Thérapeutique. — M. DE LA GARDE, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. 1/2.

Pharmacie et matière médicale. — M. MAUDUYT, les mardis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2.

Semestre d'été. — *Clinique externe.* — M. CHÉDEVERGNE, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h.

Clinique interne. — M. ROBERT, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h.

Physiologie. — M. ROLAND, chargé du cours, les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. — Conférence les samedis, à 3 h.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. POISSON, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h.

Accouchements et maladies des femmes. — M. JALLET, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h.

Histoire naturelle médicale. — M. POIRAULT, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h.

Physique. — M. GARBE, professeur de physique de la Faculté des Sciences, chargé du cours.

Conférences et cours complémentaires.

Physique médicale : M. JOUTEAU, en été les mercredis et vendredis, à 1 h. — *Chirurgie et médecine opératoire :* M. PION, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Hygiène:* M. ROLAND, les mardis et samedis. — *Histologie et embryologie :* M. BUFFET-DELMAS, les mardis, jeudis et samedis, à 2 h.

Travaux pratiques.

Manipulations chimiques : M. JOUTEAU. — *Herborisations :* M. POIRAULT, tous les dimanches, en été. — *Médecine opératoire* M. PION, en été. — *Anatomie pathologique :* M. ROLAND, les lundis et jeudis en été,— Des cours complémentaires de clinique : 1° d'ophthalmologie ; 2° de maladies cutanées et syphilitiques ; 3° des maladies des enfants, seront faits par les suppléants.

Le service hospitalier comprend trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, où ont lieu les cliniques ; l'Hôpital général, réservé aux vieillards, aux enfants et aux maladies mentales ; l'Hospice des Incurables, qui comprend un service de vénériennes et d'épileptiques. — Une clinique obstétricale est instituée à la Maternité.

Ces nombreux services rendent très faciles, pour les élèves, l'étude clinique des maladies, ainsi que celle de l'anatomie et de l'anatomie pathologique. — Huit tables d'amphithéâtre permettent à huit séries de prendre simultanément part aux travaux.

Les internes, le prosecteur, les aides d'anatomie et les chefs de clinique sont nommés au concours, à mesure que se produisent les vacances. Les élèves sont aussi appelés à profiter des cours de la Faculté des sciences de Poitiers, qui, par suite d'une entente entre les professeurs, complètent ceux de l'Ecole de médecine. Ils sont même autorisés à prendre part aux travaux pratiques qui s'y font et qui peuvent leur être utiles.

La bibliothèque de l'Ecole de médecine, celle de la Ville et celle des Facultés sont chaque jour ouvertes aux étudiants en médecine. Celle de l'Ecole vient d'être, de la part de M. le Dr Raymond, l'objet d'une importante donation (près de 700 volumes de médecine).

Les collections de l'Ecole sont également bien pourvues, par suite de legs très considérables de plusieurs professeurs de l'Ecole, et par suite des divers concours où des pièces d'anatomie doivent être préparées. L'anatomie pathologique offre des spécimens très remarquables. — Enfin, un certain nombre de médailles viennent stimuler l'émulation des élèves.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter notre école, tout y est organisé pour les y préparer. Pendant le 2e semestre, M. Isambert, professeur à la Faculté des sciences, a l'obligeance d'interroger deux fois par semaine les élèves de 1re année sur la Physique et la Chimie. M. Garbe, professeur de Physique à la Faculté des Sciences, fait un cours à l'Ecole de Médecine deux fois par semaine. M. le Dr N..., licencié es sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique et les examine sur ces matières. Le chef des travaux, exerce tous les jours, pendant le semestre d'hiver, théoriquement et pratiquement, les Etudiants de 2e et de 3e année, en vue de la 1re partie du second examen.

Ecole de Reims.

Directeur : M. le Dr A. LUTON ; — *Secrétaire* : A. GENTILHOMME.

La circonscription de l'Ecole de Reims comprend, pour les médecins, les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes, les départements de la Marne, des Ardennes, de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Aube. L'Ecole a ouvert les cours le jeudi 3 novembre, selon le programme suivant :

Semestre d'hiver.

Anatomie — M. L. HARMAN, tous les jours (le dimanche excepté), à 11 heures du matin. Une conférence par semaine.

Pathologie interne. — M STRAPART, les lundis, mardis et jeudis, à 5 h. du soir. Une conférence par semaine, le samedi, même heure.

Clinique externe. — M. A. DECÈS, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Clinique interne. — M. LUTON, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Chimie minérale. — M. CHÈVY, suppléant, les lundis, mercredis, à 4 heures du soir. Une conférence par semaine.

Clinique obstétricale. — M. PANIS, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 11 heures.

Physique. — M. BERTINET, chargé de cours.

Pharmacie et matière médicale. — M. LAJOUX, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine, le lundi, à 1 heure.

Travaux anatomiques et histologie. — M. COLLEVILLE, suppléant d'anatomie et E. DOYEN, chef des travaux anatomiques, tous les jours à 1 heure 1/2; conférences les lundis, mercredis et vendredis, à 2 heures.

Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie. — MM. CHÈVY, MOUFLIER, VALSER, les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 4 heures.

Conférences de pathologie générale. — M. LANGLET, suppléant, le samedi, à 5 heures du soir.

Semestre d'été.

Physiologie. — M. MORET, les mardis, jeudis et samedis, à 11 heures du matin. Une conférence par semaine, le lundi, à 3 heures.

Pathologie externe. — M. GENTILHOMME, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 4 heures. Une conférence par semaine.

Clinique externe. — M. A. DECES, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hotel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Clinique interne. — M. LUTON, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hotel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Thérapeutique et hygiène. — M. H. HENROT, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine.

Clinique obstétricale. — M. PANIS, tous les jours à l'Hotel-Dieu, à 11 heures. Accouchements tous les jours, à l'Hotel-Dieu. Une conférence par semaine, le samedi, à 3 heures. Ecole de sages-femmes, à l'Hôtel-Dieu.

Chimie organique et toxicologie. — M. GRANDVAL, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. du soir. Une conférence le samedi, à 1 h.

Physique. — M. BERTINET, vendredi à 4 heures.

Reims, le 30 octobre 1887.

Mon cher Redacteur,

Que dire de l'École de médecine de Reims qui n'ait déjà été dit des autres Écoles secondaires : que le nouveau régime fonctionne, que des laboratoires ont été installés, que des chaires et des suppléances nouvelles ont été créées pour parfaire l'enseignement médical tel que l'a conçu et mis au monde Monsieur Gavarret ; que cependant les professeurs ne sont pas arrivés à mettre dans le cerveau des étudiants en une seule année toute la chimie, toute la physique, toute l'histoire naturelle et qu'on a pu en voir refuser quelques-uns parce qu'ils n'étaient pas très au courant des propriétés du *Biurée* ou qu'ils n'avaient pas pénétré les mystères de la fabrication de la *myosine*. Cela n'étonnera personne; d'ailleurs, on en voit peut-être autant dans les facultés ; et nous ne voudrions pas affirmer que même à Nancy qui nous envoie ses juges on ne pourrait pas trouver moyen de *coller* même de bons élèves sur quelque difficulté de chimie biologique.

Il ne faudrait pas cependant en conclure que les Écoles secondaires doivent disparaître et que les jurys ambulants sont irréprochables. Les professeurs qui suivent le travail quotidien des élèves ont bien, eux aussi, quelques raisons de les connaître et de savoir ce qu'ils valent; mais on n'a garde de les consulter et quelle que soit leur valeur scientifique on les traite dans des rapports au ministre comme de simples magisters. A quoi me direz-vous, mon cher Rédacteur, voulez-vous en venir ? Il est dans l'ordre de la nature que le pot de terre soit brisé par le pot de fer et que les petits soient mangés par les grands !

C'est d'autant plus vrai que les centres universitaires ont grand appétit et que les petits groupes d'enseignement scientifique, isolés, perdus comme nous le sommes, n'ont aucun moyen de faire entendre leur voix. Vous ne trouverez donc pas mauvais que j'emploie une fois de plus votre journal pour demander « que les Écoles secondaires de médecine aient comme l'ont tous les autres organes de l'enseignement public le droit d'émettre un vote pour la nomination de délégués au conseil supérieur de l'Instruction publique, ce qui n'est pas;... que l'École de Reims en particulier soit rattachée à un des centres universitaires existant, comme le sont un certain nombre d'autres Écoles ; ce qui n'est pas.

Enfin, ce qui n'est pas non plus, que l'École de Reims qui ressortit à l'Académie de Paris, qui a des délégués au Conseil académique de Paris, reçoive aussi de Paris ses juges comme elle en reçoit ses imprimés.

Pendant que j'y suis, ne pourrais-je pas aussi demander, que le successeur de M. Gavarret, déjà nommé, réformât l'œuvre si mal venue de son prédécesseur et qu'il aidât le Conseil supérieur à rétablir les examens de fin d'année qui mieux que les appels permettent de contrôler le travail des élèves ; et à reculer ces examens de doctorat qui placés comme ils le sont ne font que des quarts de chimistes, des quarts de physiologistes et n'en feront, j'en ai peur, que des demi-médecins.

Bien à vous.

X...

Ecole de Rennes.

Directeur : M. DELACOUR.

L'École de médecine et de pharmacie de Rennes possède treize chaires qui sont les suivantes :

Clinique interne. — M. DELACOUR, professeur.

Clinique externe. — M. AUBRÉE, professeur, semestre d'hiver. — M. DAYOT, professeur, semestre d'été.

Clinique gynécologique et accouchements. — M. PERRET, professeur.

Pathologie interne. — M. BRUTÉ, professeur.

Pathologie externe. — M. PETIT, professeur.

Anatomie. — M. LHUISSIER, professeur.

Physiologie. — M. LEFEUVRE, professeur.

Chimie. Toxicologie — M. BELLAMY, professeur.

Thérapeutique. Hygiène. — M. REGNAULT, professeur.

Pharmacie. Matière médicale. — M. MACÉ, professeur.

Histoire naturelle médicale. — M. LOUVEAU, professeur.

Hygiène. — M. BERTHLUX, professeur suppléant.

Histologie. — M. ACCOLAS, professeur suppleant.

Chirurgie. Accouchements. — M. BLIN, professeur suppléant.

Travaux prat. de chimie et pharmacie, M. BELLAMY, prof.

Histologie végétale. — M CRIÉ.

Chef des travaux anatomiques. — M. DAYOT.

Physique médicale. — M. DESCHAMPS.

Travaux pratiques de physique et de chimie — M. LENORMAND.

Sont également nommés au concours parmi les élèves : 3 chefs de clinique, 6 préparateurs. L'hôpital contient 300 lits et une Maternité. L'Ecole possède des collections d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale. — Les cours de la Faculté des sciences servent

aux élèves à compléter leur instruction. — Les élèves peuvent, pendant trois ans, prendre des inscriptions équivalentes à celle des Facultés. Ils ont à leur disposition des laboratoires de chimie, anatomie, histologie, physique, physiologie, histoire naturelle. M. PORCHER, professeur suppléant de pharmacie; M. X..., professeur suppléant de physique; Directeur, M. DELACOUR, secrétaire, M. TREICH.

Ordre des cours suivant les années d'étude.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (1re *année.*)

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : d'anatomie, de chimie et de toxicologie, de zoologie, les travaux de dissection, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques d'histoire naturelle.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : de clinique externe, de physiologie, d'histoire naturelle, de physique, de pathologie externe, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques de physique.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (2e *année*).

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, de pathologie interne, d'anatomie, les travaux de dissection.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : De clinique externe, de clinique interne, de physiologie, d'accouchement, d'hygiène et thérapeutique, de pathologie externe; les travaux pratiques d'histologie et de physiologie.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (3e *année*).

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, d'anatomie, de pathologie interne, les travaux de dissection.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, de physiologie, d'accouchements, d'hygiène et de thérapeutique, de pathologie externe; les travaux pratiques d'histologie et de physiologie.

Les aspirants au titre d'officier de santé doivent suivre les mêmes cours et sont astreints à prendre part aux mêmes travaux pratiques. — Les élèves de pharmacie sont tenus de suivre, pendant le semestre d'hiver, les cours de chimie, de pharmacie et de zoologie et les travaux pratiques ; pendant le semestre d'été, les cours d'histoire naturelle et de physique et les travaux pratiques.

Ecole de Rouen.

Directeur : M. DUMÉNIL.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. TINEL.
Physiologie. — M. PENNETIER.
Pathologie externe. — M. MERRY DELABOST.
Pathologie interne. — M. N....
Hygiène et thérapeutique. — M. PETEL.
Clinique d'accouchements. — M. THIERRY.
Histoire naturelle. — M. BLANCHE.
Physique. — M. LECAPLAIN.
Chimie et toxicologie. — M. CLOUET.
Pharmacie et matière médicale. — M. DUPREY.
Clinique externe. — M. DUMÉNIL.
Clinique interne. — M. OLIVIER.

Cours complémentaires.

Anatomie générale. Embryogénie. — M. CERNÉ ; — Démonstrations d'histologie dans le laboratoire d'anatomie microscopique.
Chirurgie d'armée. — M. F. A. HUE.
Anatomie pathologique.— M. N.,.., démonstrations d'anatomie microscopique pathologique.
Histologie végétale. — Exercices pratiques, M. DUMONT.
Chef des travaux anatomiques. — M. CAUCHOIS.
Chef des travaux chimiques. — M. DUPREY.

Ecole de Tours.

Directeur : M. DANNER.

La circonscription de l'école comprend les départements d'Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret et Cher.

Ouverture du registre des inscriptions, le mardi 3 novembre 1887. Clôture le 15 novembre, et le 30 pour les étudiants qui ne seront reçus bacheliers qu'à la session de novembre.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique interne. — M. DUCLOS, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.
Clinique externe. — M. L. THOMAS, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.
Pathologie interne. — M. SAINTON, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 11 heures et demie.
Anatomie. — M. GIRAUDET, professeur. — Lundi, mercredi, jeudi, samedi, à midi et demi.
Chimie et toxicologie. — M. GRANDIN, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.
Pharmacie et matière médicale. — M. DUPONT, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Semestre d'été.

Clinique interne. — M. DUCLOS, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.
Clinique externe. — M. THOMAS, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.
Physiologie. — M. DANNER, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi.
Accouchements. — M. O. HERPIN, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. Leçon pratique le jeudi.
Thérapeutique. — M. BODIN, professeur. — Lundi, jeudi, samedi, à 3 heures.
Histoire naturelle médicale. — M. BARNSBY, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Conférence ou herborisation le jeudi.
Pathologie externe. — M. COURBON, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Travaux pratiques et cours complémentaires.
Semestre d'hiver.

Travaux anatomiques. — M. LEDOUBLE, professeur suppléant. Tous les jours, de 2 à 5 heures.
Cours complémentaires d'anatomie. — M. LEDOUBLE. — Mardi, vendredi, à midi et demi Conférence, lundi et jeudi, à 3 heures et demie (Novembre et décembre).
Travaux pratiques de chimie. — M. WOLFF, chef des travaux chimiques. — Mardi, jeudi, samedi, de 1 heure à 4 heures.
Histoire naturelle médicale. — Zoologie. — M. BARNSBY. — Lundi, mercredi (Février et Mars), à 3 heures.
Travaux pratiques de botanique. — M. BARNSBY. Lundi, vendredi de 1 heure à 4 heures.
Hygiène. — M. MEUNIER, jeudi et samedi, à 11 h. 1/2.

Semestre d'été.

Travaux pratiques de chimie et de physique. — M. WOLFF. — Lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 4 heures.
Cours de physique.— M BRISSOMNET.— Lundi, mercredi à 4 heures.
Histologie. — M. LEDOUBLE. — Jeudi, samedi, à midi.
Médecine opératoire. — M. THIERRY. — Lundi, jeudi, à 4 heures.
Ophthalmologie. — M. L. THOMAS. — Dimanche à 9 heures.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE

Ecole de Brest.

Directeur : M. BARTHÉLEMY.

ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

Semestre d'hiver.

Clinique médicale. Pathologie hématique. — M. DUCHATEAU, médecin principal.
Clinique chirurgicale. — M. CRAS, médecin en chef.
Physiologie. — M. AUFFRET, médecin en chef.
Thérapeutique et matière médicale. — M. GALLIAT, médecin principal.
Anatomie descriptive et histologie. — M. GUYOT, médecin de 1re classe.
Hygiène générale. — M. X...
Histoire naturelle. — M. BAVAY, pharmacien en chef.
Chimie médicale. — M. CHALMÉE, pharmacien principal.
Physique médicale. — M. X...
Accouchements. — M. VERGNIAUD, médecin de 1re classe.

Semestre d'été.

Pathologie interne. — M. DUCHATEAU, médecin principal.
Chirurgie d'armée et pathogie externe. — M. CRAS, médecin en chef.
Clinique chirurgicale et médecine opératoire. — M. AUFFRET, médecin en chef.
Clinique médicale. — M. GALLIAT, médecin principal.
Histologie et anatomie pathologique. M. GUYOT, médecin de 1re classe.
Hygiène navale et médecine légale. — M. X...
Hygiène botanique. — M. BAVAY, pharmacien en chef.
Chimie. — M. CHALMÉE, pharmacien principal.
Pharmacie. — M. X...
Maladies des femmes et des enfants — M. VERGNIAUD, médecin de 1re classe.

Ecole de Rochefort.

Directeur : M. DUPLOUY.

Cours du semestre d'hiver : Ouverture le 3 novembre 1887.
Chimie, chimie médicale : M. MORIO, pharmacien en chef, professeur.
Clinique médicale : MM. GUÈS, BOURRU, médecins en chef, professeurs.
Thérapeutique : M. GUÈS, médecin en chef, professeur.
Pathologie interne : M. BOURRU, médecin en chef, professeur.
Histoire naturelle médicale : M. BILLAUDEAU, pharmacien principal, professeur.
Physique médicale : M. CUNISSET, pharmacien principal, professeur.
Clinique chirurgicale : MM. FONTORBE, BODET, médecins principaux, professeurs.
Pathologie externe : M. FONTORBE, médecin principal, prof.
Physiologie : M. BODET, médecin principal, professeur.
Médecine légale : M. BUROT, médecin de 1re classe, professeur.
Accouchements et maladies des femmes et des enfants : M. ABELIN, médecin de 1re classe, professeur.
Anatomie : M. MACHENAUD, médecin de 1re classe, suppléant.
Petite chirurgie, bandages et appareils : M. KUENEMANN, médecin de 1re classe.
Ostéologie : M. LIBOUROUX, médecin de 2e classe, prosecteur d'anatomie.

Travaux pratiques. Les manipulations de chimie, de physique, d'histoire naturelle sont dirigées par MM. les professeurs de ces différentes chaires assistés de préparateurs choisis par eux. Le Laboratoire de pharmacie est dirigé par M. Cunisset. Les travaux anatomiques, dirigés par M. le médecin de 2e classe, Libouroux, ont lieu l'après-midi. Le Laboratoire d'histologie est ouvert de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du matin et de 1 heure à 4 heures du soir. La Bibliothèque est ouverte tous les jours, le dimanche excepté et le soir pendant l'hiver, de 8 heures à 10 heures du soir.

Cours obligatoires selon le degré d'avancement des études universitaires. Les aides-médecins et les étudiants non pourvus du 1er examen de Doctorat suivent les cours de chimie, de physique, d'histoire naturelle et les manipulations afférentes à ces cours. Les étudiants de 1re année suivent en outre ceux d'ostéologie et de petite chirurgie. Les aides-médecins et les étudiants pourvus du 1er examen de Doctorat suivent les cliniques, les cours d'anatomie, de physiologie et les travaux pratiques d'anatomie et d'histologie. Les aides-médecins et étudiants pourvus des 2 premiers examens de Doctorat suivent les cours de clinique, de pathologie interne et externe, de thérapeutique de médecine légale et d'accouchements. Les médecins stagiaires suivent les cours de clinique, de pathologie exotique et de chirurgie d'armée. Les aides-pharmaciens et les étudiants en pharmacie suivent les cours de chimie, de physique, d'histoire naturelle, les exercices pratiques afférents à ces cours et les travaux du laboratoire de pharmacie.

Ecole de Toulon.

ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888. — Ouverture le 3 novembre.

Conférences médicales. — M. BÉRANGER-FÉRAUD, directeur.

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale, pathologie externe, chirurgie d'armée et physiologie. — MM. MERLIN et ROUVIER, médecins en chef.
Clinique médicale, pathologie interne, thérapeutique et pathologie exotique. — MM. CUNÉO et THOMAS, médecins en chef.
Hygiène et médecine légale. — M. BERTRAND, médecin principal.
Chimie médicale, chimie, toxicologie. — M. DE NOZEILLES, pharmacien en chef.
Anatomie et histologie. — M. FONTAN, médecin principal.
Anatomie descriptive et dissection. — M. RANDON, médecin de 1re classe, chef des travaux anatomiques.
Chirurgie élémentaire. — M. BESTION, médecin de 1re classe, chef de clinique chirurgicale.
Pathologie générale élémentaire. — M. SÉGARD, médecin de 1re classe, de clinique médicale.
Physique médicale. — M. SAUVAIRE, pharmacien de 1re classe.
Histoire naturelle médicale. — M. TAILLOTTE, pharmacien de 1re classe.
Démonstrations d'anatomie. — M. ARBAUD, médecin de 2e classe, prosecteur.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. ARNAUD, médecin de 1re classe.
Démonstrations pratiques de zoologie. — T. PRAT, conservateur du musée.

Semestre d'été.

Clinique chirurgicale, pathologie externe, chirurgie d'armée et physiologie. — MM. MERLIN et ROUVIER, médecins en chef.
Clinique médicale, pathologie interne, thérapeutique et pathologie exotique. — MM. CUNÉO et THOMAS, médecins en chef.
Hygiène et médecine légale. — M. BERTRAND, médecin principal.
Chimie médicale, chimie, toxicologie. — M. DE NOZEILLES, pharmacien en chef.
Anatomie et histologie. — M. FONTAN, médecin principal.
Anatomie descriptive et dissection. — M. RANDON, médecin de 1re classe, chef des travaux anatomiques.
Chirurgie élémentaire. — M. BESTION, médecin de 1re classe, chef de clinique chirurgicale.
Pathologie générale élémentaire. — M. SÉGARD, médecin de 1re classe, chef de clinique médicale.
Physique médicale. — M. SAUVAIRE, pharmacien de 1re classe.
Histoire naturelle médicale. — M. TAILLOTTE, pharmacien de 1re classe.
Démonstrations d'anatomie. — M. ARBAUD, médecin de 2e classe, prosecteur.
Accouchements. Maladies des femmes et des enfants. — M. ARNAUD, médecin de 1re classe.
Démonstrations pratiques de botanique. — M. CHABAUD, jardinier en chef.

Conservateur de la bibliothèque : M. AUBIN, médecin de 1re classe en retraite. — Secrétaire : M. BARNIER, secrétaire du Conseil de santé, médecin de 1re classe. — Jardinier botaniste : M. CHABAUD. L'école a : Un laboratoire de chimie ; un laboratoire et un cabinet de physique ; des amphithéâtres d'anatomie ; plusieurs salles de cours ; un musée d'histoire naturelle, d'anatomie normale et pathologique ; un jardin botanique.

BANQUET CH. RICHET. — Les élèves et amis de M. Ch. RICHET lui offrent un banquet pour fêter sa nomination de professeur à la Faculté de Médecine. Le banquet aura lieu le mardi 15 novembre, à l'hôtel Continental, à 7 heures. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. Les adhésions doivent être envoyées avant le mercredi 9 novembre à l'une des adresses suivantes : MM. H. Ferrari, 6, rue du Pont-de-Lodi ; R. Moutard-Martin, 50, rue de Lille; L. Olivier, 56, rue Gay-Lussac ; Gley ou Rondeau, au Laboratoire de physiologie, 2, rue Vauquelin.

Le Numéro des étudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi, faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

Chronique des hôpitaux.

Nous recommencerons la *Chronique des hôpitaux*, dans le prochain numéro. Les renseignements donnés par cette chronique fournissent aux étudiants tous les éléments nécessaires pour faire de bonnes THÈSES DE DOCTORAT.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *Pour MM. les Étudiants, l'abonnement au* **Progrès médical** *est de* **douze francs** *par an.*

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un Concours s'ouvrira le 1er juin 1888, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

BIBLIOTHÈQUES. — Le Comité d'inspection et d'achats de livres près la Bibliothèque de Bar-sur-Seine est composé ainsi qu'il suit : MM. Fontaine, docteur en médecine ; Sainton, docteur en médecine.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE.

A. Belgique,

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BRUXELLES (1).

Président : M. A.-V. PIGEOLET. — Secrétaire : M. E. KUFFERATH.

Examen de candidat en médecine.

Premier semestre.

Anatomie de texture : MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, prof. ord. et L. STIÉNON, prof. extr. prép., Mardi, jeudi et vendredi à midi.

Exercices micrographiques: MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, pr. ord. et L. STIÉNON, prof. extr., prép. Mardi, jeudi et vendredi à midi.

Anatomie humaine descriptive : M. L. DEROUBAIX, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi à une heure.

Anatomie humaine descriptive (ostéologie, syndesmologie et splanchnologie) : M. J.-G. SACRÉ, prof. ord. Jeudi, vendredi et samedi à une heure.

Anatomie des régions : MM. TH. HAUBEN, prof. ord. et L. WARNOTS, prosect. agr., sup. Samedi à onze heures et vendredi à deux heures.

Démonstrations anatomiques : MM. ALEX. WILMART, prosecteur et LUCIEN WILMART, pros. agr., sup. Tous les jours de neuf heures à midi,

Exercices pratiques de physiologie : MM. T. GLUGE, prof. émérite et G. RENSON, agrégé sup., prépar. Mardi, jeudi et samedi à deux heures.

Physiologie humaine et embryologie : M, P. HÉGER, prof. ord. Mardi, jeudi et samedi à deux heures.

Pharmacognosie et éléments de pharmacie : M. L. STIÉNON, prof. ext. Lundi et mercredi à midi.

Eléments d'anatomie comparée : M. YSEUX, prof. ord. Lundi à deux heures.

Premier examen de docteur en médecine.

Thérapeutique générale, y compris la pharmaco-dynamique : MM. E. VANDENCORPUT, prof. ordin., et V. JACQUES, agrégé suppléant. — *Pathologie et Thérapeutique spéciales des maladies internes* : MM. J. CROCQ, professeur ordin., et E. CARPENTIER, agrégé suppl. — *Psychiatrie* : M. JOS. DESMETH, prof. ordinaire. — *Pathologie générale* : M. JOS. DESMETH, prof. ordinaire. — *Anatomie pathologique et exercices pratiques micrographiques* : MM. T. GLUGE, professeur émérite ; J. M. WEHENKEL, prof. ordinaire ; L. STIÉNON, prof. extr. prép.

Deuxième examen de docteur en médecine

Pathologie chirurgicale (y compris l'ophthalmologie) : MM. J. THIRY, professeur ordinaire, et J. THIRIAR, agrégé suppl. — *Théorie des accouchements* : MM. A. V. PIGEOLET, prof. émér. et E. KUFFERATH, prof. extraord. suppl — *Hygiène publique et privée* : MM. E. H. DE SMET, prof. extraord., et E. DESTRÉE, agr. supp. prépar. — *Médecine légale* (non compris la chimie toxicologique) : H. GUILLERY, professeur ordin.

Troisième examen de docteur en médecine.

Clinique interne (à Saint-Jean) : MM. le Dr Victor DE SMETH. — *Clinique externe* (à Saint-Jean) : J. G. SACRÉ, professeur ord. — *Clinique interne* (à Saint-Pierre) : G. A. V. ROMMELAERE, prof. ordin. — *Clinique externe* (à Saint-Pierre) : S. THIRIFAHY, profess. ordin. — *Pratique des accouchements* (à la Maternité) : E. KUFFERATH, prof. extraordinaire. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : MM. S. THIRIFAHY, professeur ordin. et ALEX WILMART, agrégé suppl. — *Anatomie des régions et démonstrations* : TH. HAUBEN, professeur ordinaire.

Cliniques spéciales.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (à Saint-Pierre) : Edouard DE SMET, prof. extraord. — *Clinique externe des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. le Dr CHARON. — *Clinique interne des maladies des enfants* (à Saint-Pierre : M. E. TORDENS, docteur agrégé. — *Clinique interne* (à l'Infirmerie : M. E. SPEHL, agrégé. — *Clinique ophthalmologique* (à Saint-Jean) J. B. COPPEZ, docteur agrégé. — *Clinique psychiatrique* (à Saint-Jean) : JOS. DESMETH, prof. ordinair. — *Clinique otologique* (à Saint-Jean) : CH. DELSTANCHE, doct. agrégé. — *Clinique laryngologique et rhinologique* (à Saint-Jean) : A. CAPART docteur agrégé.

Cliniques facultatives.

Clinique interne (à l'hopital de Molenbeek-Saint-Jean) : M. J. CROCQ, prof. ordinaire. — *Institut d'anatomie pathologique* : M. J. A. WEHENKEL, prof. ordinaire. — *Pratique des accouchements* (à la Maternité : M. DE SAINT-MOULIN, agrégé.

Cours libres.

Bandages et apppareils (à Saint-Jean) : M. J. THIRIAR, agrégé. — *Diagnostic médical*, M. E. SPHEL, agrégé. — *Neurologie* : M. J. MARIQUE, agrégé. — *Intervention chirurgicale dans les affections rénales* : M. L. WARNOTS, agrégé-suppléant. — *Eléments de chimie biologique et Toxicologie approfondie* : M. J.-B, DEPAIRE, professeur ordin. — *Etude chimique et microscopique des denrées alimentaires et des boissons, Recherches de leurs altérations et falsifications* : M. A. HERLANT, prof. extraord. — *Travaux de laboratoire* (partie chimique) : M. VAN ENGELEN, agr. supp. prepar.

ÉCOLE SPÉCIALE DE PHARMACIE DE BRUXELLES

L. HYERNAUX et HENRIETTE, professeurs honoraires.

Examen de candidat en pharmacie.

Éléments de physique expérimentale : M. E. ROUSSEAU, pr. ord. — *Chimie générale*. — *Eléments de botanique générale et spéciale* (y compris la botanique médicale) : MM. P. DE WILDE, prof. ord. et J. E. BOMMER, prof. ord. — *Notions élémentaires de minéralogie et de géologie* : M. WITMEUR, prof. ord. — *Epreuve pratique sur la chimie* : M. E JOLY, prof. ord. et A. REYCHLER, chef des travaux chimiques.

Examen de pharmacien

Eléments de chimie analytique et de chimie toxicologie. Application à la recherche des poisons et des falsifications. Pharmacie théorique et pharmacie pratique. Opérations chimiques. Opérations pharmaceutiques : MM. J.-B. DEPAIRE, prof. ord., VAN ENGELEN, agr. supp. prépar. — *Recherches microscopiques. Drogues et médicaments en tant que marchandises, altération, falsification ; doses maxima* : A. HERLANT, prof. extraord.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND

M. C. VAN CAUWENBERGHE, Doyen.

Candidat en médecine, chirurgie et accouchements.

PREMIÈRE ÉPREUVE (1). — *Eléments d'anatomie comparée* : M. F. PLATEAU, professeur. — *Exercices pratiques d'anatomie comparée*, M. F. PLATEAU, professeur. — *Pharmacognosie et éléments de pharmacie*, M. E. DUBOIS. — *Anatomie de texture générale*, M. VAN BAMBEKE. — *Anatomie humaine descriptive*, M. H. LEBOUCQ. — *Démonstrations anatomiques (ostéologie, syndesmologie et myologie)*, M. H. LEBOUCQ.

SECONDE ÉPREUVE : — *Physiologie humaine ; exercices de physiologie expérimentale*, M. E. LAHOUSSE. — *Embryologie humaine*, M. VAN BAMBEKE, professeur. — *Anatomie humaine descriptive*. — *Anatomie des régions*. — *Démonstrations anatomiques*, M. H. LEBOUCQ. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. C. VAN BAMBEKE.

Docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements.

PREMIÈRE EPREUVE. — *Pathologie générale*, M. C. VERSTRAETEN. — *Thérapeutique générale, y compris la pharmacodynamique*, M. N. DU MOULIN. — *Pathologie et thérapeutique speciale des maladies internes et mentales*, M. E. POIRIER. — *Anatomie pathologique, Démonstrations pathologiques d'anatomie pathologique*, M. B. BODDAERT.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — *Pathologie chirurgicale et ophtalmologie*, M. E. BOUQUÉ. — *Théorie des accouchements suites de couches et gynécologie*, M. C. VAN CAUWENBERGHE. — *Médecine légale, non compris la chimie toxicologique*, M. C. DE VISSCHER. — *Hygiène publique et privée*, M. E. VAN ERMENGEM.

TROISIÈME ÉPREUVE. — *Clinique interne*, MM. N. DUMOULIN et R. BODDAERT. — *Clinique externe*. — M. F.-J.-D. SOUPART, suppléé par MM. AD. DE COCK et G. BODDAERT. — *Pratique des accouchements, clinique des femmes enceintes et en couches*, M. C VAN CAUWENBERGHE. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales*, M. V. DENEFFE. — *Anatomie des régions*, M. H. LEBOUCQ. — *Clinique ophtalmologique*, M. V. DENEFFE. — *Clinique des maladies syphilitiques et des maladies de la peau*, M. E. POIRIER. — *Policlinique chirurgicale, bandages, appareils et petite chirurgie*, M. AD. DE COCK. — *Policlinique médicale*, M. C. VERSTRAETEN.

COURS FACULTATIFS. — *Bactériologie*, M. E. VAN ERMENGEM. — *Otologie, laryngologie et rhinologie*, M. E. EEMAM.

(1) Pour plus de détails sur les Universités de Belgique, voir le *Numero des Etudiants* des années précédentes, en particulier celui de 1886.

(1) Ces matières font l'objet d'une épreuve unique ou de deux épreuves successives.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE

Candidat en pharmacie.

Physique expérimentale, M. H. VALERIUS. — *Chimie générale*, Prof. M. TH. SWARTS. — *Botanique générale et spéciale*, M. MAC LEAD. — *Notions élémentaires de minéralogie et de géologie*, M. DUGNIOLLE. — *Manipulations chimiques*, M. TH. SWARTS.

Examen de pharmacien (1).

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Drogues et médicaments en tant que marchandises, altérations, falsifications et doses maxima*, M. N. DUMOULIN. — *Eléments de chimie analytique et toxicologique*. — *Pharmacie théorique et pratique*, M. E. DUBOIS.

SECONDE ÉPREUVE. — *Opérations chimiques, préparations pharmaceutiques, opérations propres à découvrir les falsifications des médicaments, recherches microscopiques*, MM. N. DU MOULIN et E. DUBOIS. — *Analyse générale, opérations toxicologiques*. E. DUBOIS.

COURS FACULTATIFS, — *Recherches des falsifications des denrées alimentaires*. — *Analyse chimique quantitative, analyses spéciales*, M. E. DUBOIS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIÈGE (2).

Doyen : M. P. NUEL.— Secrétaire : M. Th. PLUCKER.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

PREMIÈRE ÉPREUVE.

Anatomie descriptive. Ostéologie, syndesmologie, myologie. M. F. PUTZEYS, professeur ordinaire.

Anatomie de texture générale. M. A. SWAEN, professeur ordinaire.

Pharmacognosie et éléments de pharmacie. M. J. VAN AUBEL, professeur ordinaire.

SECONDE ÉPREUVE

Anatomie descriptive. Angéiologie, névrologie, splanchnologie, organes des sens et anatomie de texture spéciale. MM. A. SWAEN et F. PUTZEYS, professeurs ordinaires.

Anatomie des régions. M. A. SWAEN, professeur ordinaire.

Physiologie. M. L. FREDERICQ, professeur ordinaire.

Physiologie des organes des sens. M. P. NUEL, professeur ordinaire.

Embryologie. M. Ed. VAN BENEDEN, professeur ordinaire.

Anatomie comparée. M. Ch. JULIN, chargé de cours.

Exercices microscopiques d'histologie normale. M. A. SWAEN, professeur ordinaire. Les laboratoires sont ouverts aux élèves toutes les après-midi, excepté le samedi (semestre d'été).

Exercices d'anatomie comparée. M. Ed. VAN BENEDEN, professeur ordinaire.

Exercices pratiques de physiologie. M P. NUEL, professeur ordinaire.

Démonstrations anatomiques MM. SWAEN et PUTZEYS. Les laboratoires sont ouverts aux élèves toutes les après-midi, excepté le samedi (semestre d'hiver).

Premier Doctorat.

PREMIÈRE ÉPREUVE.

Pathologie générale. M. V. MASIUS, professeur ordinaire.

Anatomie pathologique. M. Ch. FIRKET, professeur extraordinaire.

Hygiène publique et privée. M. F. PUTZEYS, professeur ordinaire.

Exercices microscopiques d'anatomie pathologique. M. Ch. FIRKET, professeur extraordinaire.

Démonstrations d'anatomie pathologique. M. FIRKET, professeur extraordinaire.

Exercices pratiques d'autopsies. M. FIRKET, professeur extraordinaire.

SECONDE ÉPREUVE.

Pathologie et thérapeutique spéciales des maladies internes, y compris les maladies mentales. M. C. VANLAIR, professeur ordinaire.

Thérapeutique générale. M. J. VAN AUBEL, professeur ordinaire.

Pathologie spéciale des maladies nerveuses. M. X. FRANCOTTE, agrégé spécial.

Deuxième Doctorat.

Pathologie chirurgicale. Spéciale, y compris les affections des os et des articulations, M. Th. PLUCKER ; Générale. M. A. VON WINIWARTER, professeurs ordinaires, lundi, vendredi, de 10 à 11 h.

Ophthalmologie. M. P. NUEL, professeur ordinaire, mercredi, jeudi, de 11 à 12 h.

Théorie des accouchements. M. A. WASSEIGE, professeur ordinaire, lundi, mercredi, vendredi, de 2 1/2 à 4 h.

Médecine légale M. J. VAN AUBEL, professeur ordinaire, mercredi, de 11 à 12 h.; vendredi, de 10 à 11 h.

Troisième doctorat.

Clinique interne. MM. V. MASIUS, professeur ordinaire, H. SAUVEUR, professeur émérite.

Policlinique interne. M. V. MASIUS, professeur ordinaire.

Clinique externe M. A. VON WINIWARTER, professeur ordinaire.

Policlinique externe. M. A. VON WINIWARTER, professeur ordinaire.

Théorie et pratique des opérations chirurgicales. M. A. VON WINIWARTER, professeur ordinaire.

Clinique ophthalmologique. M. P. NUEL, professeur ordinaire.

Opérations obstétricales. M. A. WASSEIGE, professeur ordinaire.

Clinique obstétricale. M. A WASSEIGE, professeur ordinaire.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. M. Th. PLUCKER, professeur ordinaire.

Clinique des maladies des enfants. M. V. MASIUS, professeur ordinaire.

Clinique des maladies des vieillards. M. C VANLAIR, professeur ordinaire.

Exercices pratiques d'anatomie topographique. M. A. SWAEN, professeur ordinaire.

Exercices de clinique propédeutique. M. V. MASIUS, professeur ordinaire.

Pharmacie.

Pharmacie théorique : les drogues et les médicaments, en tant que marchandises; les altérations, les falsifications et les doses maxima). M. A. GILKINET, professeur ordinaire.

Eléments de chimie analytique. M. L. DE KONINCK, professeur ordinaire.

Exercices pratiques de chimie analytique. M. L. DE KONINCK, professeur ordinaire.

Chimie toxicologique. M. Th. CHANDELON, chargé de cours.

Exercices pratiques de chimie toxicologique. M. Th. CHANDELON, chargé de cours.

Pharmacie pratique. M. A. GILKINET, professeur ordinaire.

Exercices microscopiques. M. A. GILKINET, professeur ordinaire.

Cours facultatifs.

Analyse organique et falsification des denrées alimentaires. M. A. JORISSEN, agrégé spécial.

Bactériologie. M. Ch. FIRKET, professeur extraordinaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LOUVAIN.

Doyen : M. VERRIEST. — Secrétaire : M. DENYS.

Premier examen de candidat.

Physiologie humaine (y compris *la physiologie comparée*) : M. MASOIN, professeur. — *Anatomie de texture*, M VENNEMAN, prof. (Exercices pratiques d'anatomie microscopique). — *Pharmacognosie et éléments de Pharmacie*, M. C. BLAS, prof. — *Eléments d'anatomie comparée*, M. VAN BENEDEN, prof. — *Anatomie descriptive*, M. LEDRESSEUR, prof.

Deuxième examen de candidat.

Physiologie, M. MASOIN, prof. — *Anatomie descriptive*, M. LEDRESSEUR, prof. — *Chimie physiologique*, M. G. BRUYLANTS, prof. — *Embryologie*, M. G. GILSON, prof.

Premier examen de docteur.

Pathologie générale, M. LEFEBVRE, prof. — *Pathologie et thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris celles des Enfants*, M. E. HAYOIT, prof. — *Maladies mentales*, M. E. MASOIN, prof. — *Pathologie chirurgicale*, M. DEBAISIEUX, prof. — *Leçons théoriques et cliniques sur l'ophtalmologie*. — *Exercices ophtalmoscopiques*, M. E VENNEMAN, prof. — *Exercices cliniques d'obstétrique*, M. HUBERT, prof. — *Policlinique obstétricale*, M. G. LEDRESSEUR, prof. — *Clinique interne*. — *Hygiène publique et privée*, M. G. VERRIEST, prof. — *Clinique externe*, M. R. MICHAUX, prof. — *Anatomie pathologique*, M. J. DENYS. — M. L. DANDOIS, agrégé, chef de clinique chirurgicale.

Deuxième examen de docteur.

Théorie des accouchements, gynécologie, M. E. HUBERT, professeur. — *Policlinique obstétricale*, M. LEDRESSEUR, prof. — *Ophtalmologie*, M. E. VENNEMAN. — *Médecine légale*, M. E. HAYOIT. — *Hygiène*, M. VERRIEST, prof. — *Clinique externe*, M. R. MICHAUX. — *Pathologie chirurgicale* y compris les

---

(1) Ces matières font l'objet d'une épreuve unique ou de deux épreuves successives.

(2) Nous publierons dans le prochain numéro une note très intéressante sur les nouveaux Instituts qui viennent d'être construits à Liège.

maladies cutanées et syphilitiques ; — *Anatomie chirurgicale ;* — *Médecine opératoire*, M. T. DEBAISIEUX, prof — *Les bandages, les appareils et la petite chirurgie*, M. L. DANDOIS, agrégé, chef de clinique chirurgicale.

Troisième examen de docteur.

Le cours de *clinique interne*, M. G. VERRIEST. — Le cours de *clinique externe*, M. M. R. MICHAUX, prof. — *Exercices cliniques d'obstétrique*, M. E. HUBERT, prof. — *Clinique ophtalmologique*, M. E. VENNEMAN, prof. — *Anatomie chirurgicale et médecine opératoire*, M. E. DEBAISIEUX, prof. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, M. E. MASOIN, prof. — *Les bandages, les appareils et la petite chirurgie*, M. L. DANDOIS.

COURS FACULTATIF.

Urologie, M. BRUYLANTS, professeur.

B. Suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE

M. le Professeur H.-J. GOSSE, doyen.

Semestre d'hiver.

Anatomie normale : M. le Professeur LASKOWSKI. Splanchnologie. Appareils de la digestion et de la respiration. Organes génito-urinaires. Organes des sens. Six heures par semaine. Conférences et exercices pratiques de dissection tous les jours.

Anatomie et Physiologie pathologiques générales : M. le Professeur ZAHN. Six heures par semaine. — *Cours d'Autopsie et de Démonstrations pathologiques :* Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Laboratoire d'Anatomie pathologique :* Le même professeur dirigera les travaux dans ce laboratoire qui sera ouvert tous les jours.

Histologie normale : M. le professeur ÉTERNOD. Histologie générale des tissus. Deux heures par semaine.

Embryologie : Le même professeur une heure par semaine.

Cavité buccale : Le même professeur. Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. 2me partie : partie pathologique. Deux heures par semaine.

Physiologie : M. le professeur SCHIFF. Physiologie de la nutrition, digestion, absorption, respiration. Six heures par semaine. — *Démonstrations et exercices pratiques* dans le laboratoire avec conférences pratiques tous les jours.

Pathologie interne : M. le Professeur D'ESPINE. Maladies de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire. Trois h. par semaine.

Cours pratique d'auscultation et de percussion (cours libre) : Le même professeur. Une heure par semaine.

Pathologie externe : M. le Professeur Jacques-L. REVERDIN. Pathologie générale chirurgicale. Trois heures par semaine.

Médecine opératoire : Le même professeur. Des méthodes et des procédés opératoires; de leurs indications et contre-indications; de leur manuel et de leurs résultats. Deux heures par semaine.

Clinique médicale : M. le Professeur REVILLIOD ; Sept heures et demie par semaine.

Clinique chirurgicale : M. le Professeur JULLIARD. Sept heures et demie par semaine.

Clinique obstétricale et gynécologique : M. le Professeur Alfred VAUCHER. — Cinq heures par semaine.

Cours théorique d'Accouchement : Le même professeur. Deux heures par semaine.

Cours théorique de Gynécologie : Le même Professeur. Deux heures par semaine.

Thérapeutique. — M. le professeur PRÉVOST, Modification de la nutrition, de la circulation et de la température animale. Trois heures par semaine.

Hygiène : M. le professeur DUNANT. Hygiène publique et privée. Deux heures par semaine.

Médecine légale avec exercices pratiques : M. le professeur GOSSE. Médecine légale du code pénal. Quatre heures par semaine.

Matière médicale et pharmacologie : M. le professeur BRUN. Drogues simples et médicaments composés. Remèdes nouveaux, leur valeur et leur emploi. Produits médico-chimiques. Formules officinales et magistrales. Deux heures par semaine. — *Démonstrations et exercices pratiques dans le Laboratoire de pharmacie :* Le même professeur.

Psychiatrie : M. le professeur OLIVET. Cours clinique et théorique. Deux heures par semaine.

Policlinique : M. le Pr VULLIET. Cinq heures par semaine.

Cours théorique et pratique d'exploration et de diagnostic gynécologique (cours libre). Le même professeur. Deux heures par semaine.

Cours des privat-docents.

Clinique ophthalmologique : M. le Dr BARDE. Une heure par semaine. — *Ophthalmoscopie théorique et pratique :* Le même. Une heure par semaine. — *Obstétrique :* M. le Dr CORDÈS. Deux heures par semaine. — *Répétitoire d'accouchements.* M. le Dr JENTZER. Trois heures par semaine. — *Répétitoire de gynécologie :* Le même. Trois heures par semaine. — *Electrothérapie :* M. le Dr LADAME. Une heure par semaine. — *Psychiatrie médico-légale :* Le même. Une heure par semaine. — *Maladies des enfants :* M. le Dr Ed. MARTIN. Une heure par semaine (ce cours se fait à la Maison des Enfants-Malades, chemin Gourgas).

Semestre d'été.

Anatomie normale : M. le professeur LASKOWSKI. Anatomie topographique médico-chirurgicale appliquée à la médecine et à la chirurgie. Six heures par semaine.

Anatomie pathologique spéciale des organes : M. le professeur ZAHN. Six heures par semaine.

Cours pratique d'histologie pathologique : Le même professeur. Six heures par semaine.

Laboratoire d'anatomie pathologique : Le même professeur dirigera les travaux dans ce laboratoire, qui sera ouvert tous les jours.

Histologie normale : M. le professeur ETERNOD. Histologie spéciale des organes et des systèmes. Quatre heures par semaine.

Laboratoire d'histologie normale : Le même professeur. Tous les jours.

Travaux pratiques d'embryologie : Le même professeur. Trois heures par semaine.

Cavité buccale : Le même professeur. Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Première partie : partie normale. Deux heures par semaine.

Physiologie : M. le professeur SCHIFF. Physiologie de la circulation. Sécrétions. Chaleur animale. Physiologie générale des nerfs. Six heures par semaine.

Exercices pratiques dans le laboratoire, tous les jours.

Pathologie interne : M. le professeur D'ESPINE. Maladies de la peau et de la nutrition. Deux heures par semaine.

Cours pratique sur les maladies de l'enfance (cours libre) : Le même professeur. Deux heures par semaine.

Pathologie externe : M. le professeur Jacques-L. REVERDIN. Suite du cours d'hiver. Deux heures par semaine.

Médecine opératoire : Le même professeur. Exercices opératoires pratiques. Six heures par semaine.

Clinique médicale : M. le professeur REVILLIOD. Sept heures et demie par semaine.

Clinique chirurgicale : M. le professeur JULLIARD. Sept heures et demie par semaine.

Clinique obstétricale et gynécologique : M. le professeur Alfred VAUCHER. Cinq heures par semaine.

Cours d'opérations obstétricales : Le même professeur. Trois heures par semaine.

Thérapeutique : M. le professeur PRÉVOST. Modificateurs neuro-musculaires. Art de formuler. Trois heures par semaine.

Psychiatrie : M. le professeur OLIVET. Cours clinique et théorique. Deux heures par semaine.

Polyclinique : M. le professeur VULLIET. Cinq heures par semaine.

Cours des privat-docents.

Ophthalmoscopie théorique et pratique : M. le Dr BARDE. Cours d'ophthalmoscopie. Une heure par semaine. — *Clinique ophthalmologique :* Le même. Une heure par semaine. — *Obstétrique :* M. le Dr CORDÈS. Deux heures par semaine. — *Répétitoire d'accouchements :* M. le Dr JENTZER. Trois heures par semaine. — *Répétitoire de gynécologie :* Le même. Trois heures par semaine. — *Electrothérapie :* M. le Dr LADAME. Une heure par semaine. — *Psychiatrie médico-légale :* Le même. Une heure par semaine. — *Maladies des enfants :* M. le Dr MARTIN. Une heure par semaine.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LAUSANNE

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

Semestre d'hiver du 15 octobre 1887 au 25 mars 1888.

Première année

Anatomie humaine : M. BUGNION, prof. extr. Squelette; articulations et muscles, 5 heures.

Dissection : M. BUGNION, prof. extr., 18 à 24 heures.

Toxicologie : M. BRUNNER, prof. ord., 1 heure.

Chimie inorganique : M. BRUNNER, prof. ord., 5 heures.

Physique expérimentale : M. H. DUFOUR, prof. ord., 5 heures. Répétitions (facultatif), 1 heure.

Anatomie et physiologie générales : M. FOREL, prof. extr., 3 heures.
Zoologie : M. BLANC, prof. extr., 3 heures.

Deuxième année.

Physiologie : M. HERZEN, prof. extr., 6 heures.
Histologie : M. N. LOEWENTHAL, prof. extr., 1re partie, histologie générale, 3 heures.
Anatomie humaine : M. BUGNION, prof. extr., 5 heures.
Dissection : M. BUGNION, prof. extr., 18 à 24 heures.
Botanique générale : M. SCHNETZLER, prof. ord., 3 heures.
Anatomie comparée : M. BLANC, prof. extr., 2 heures.
Hygiène : M. M. DUFOUR, prof. extr., 1 heure.

SECTION DE PHARMACIE.

Première année.

Chimie inorganique : M. BRUNNER, prof. ord., 5 heures.
Chimie analytique : M. BRUNNER, prof. ord., Volumétrie, 1 heure.
Toxicologie : M. BRUNNER, prof. ord., 1 heure.
Travaux au laboratoire de chimie : M. BRUNNER, prof. ord., 3 après-midi.
Chimie industrielle : M. BRÉLAZ, prof. extr., 3 heures.
Physique expérimentale : M. H. DUFOUR, prof. ord., 5 heures. Répétition (facultatif), 1 heure.
Botanique générale : M. SCHNETZLER, prof. ord., 3 heures.
Zoologie systématique : M. BLANC, prof. extr., 3 heures.
Anatomie et physiologie générales : M. FOREL, prof. extr., 3 heures.
Minéralogie : M. RENEVIER, prof. ord., 2 heures.
Analyse qualitative : M. CHUARD, prof. extr., 2 heures.

Deuxième année.

Botanique pharmaceutique : M. SCHNETZLER, prof. ord., 3 heures.
Pharmacie : M. BUTTIN, prof. extr., 3 heures.
Pharmacognosie : M. CHASTELLAIN, prof. extr., 2 heures.
Travaux au laboratoire de chimie : M. BRUNNER, prof. ord., 3 après-midi.
Chimie industrielle : M. BRÉLAZ, prof. extr., 3 heures.
Analyse technique : M. BRÉLAZ, prof. extr., analyse des denrées et des substances alimentaires, 2 heures.
Chimie pharmaceutique : M. BRUNNER, prof. ord., 2 heures.
Chimie agricole : M. CHUARD, prof. extr., 2 heures.
Géologie générale : M. RENEVIER, prof. ord., 2 heures.
Hygiène : M. M. DUFOUR, prof. extr., 1 heure.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE CHIRUGIE DE MONTRÉAL

PROFESSEURS.

Matière médicale et thérapeutique : Prof. M.-J. EMERY CODERRE. — *Accouchements et clinique d'obstétrique* : E. D'ODET D'ORSONNENS. — *Clinique chirurgicale* : W.-H. HINGSTON. — *Physiologie et Patologie générale* : G.-O. BALDRY. — *Médecine légale et Botanique* : L.-B. DUROCHER. — *Chirurgie* : BRUNELLE. — *Histologie et ophtalmologie* : DESJARDINS. — *Anatomie descriptive* : D. MIGNAULT. — *Hygiène* : A.-H. PAQUET. — *Chimie* : J.-P. CHARTRAND. — *Pathologie interne* : L.-A. DEMERS. — *Clinique médicale* : J. GUÉRIN. — *Clinique d'otologie, de rhinologie et de laryngologie* : J.-B. ROLLAND. — *Bibliothécaire* : LEBLANC. — *Lectureurs* : J.-M. BEAUSOLEIL ; — A. POITEVIN ; — BARIL. — *Démonstrateurs d'anatomie* : J. LESPÉRANCE ; — A. RODIER.

C. Canada.

FACULTÉ DE MÉDECINE (UNIVERSITÉ LAVAL A MONTRÉAL)

Pathologie et clinique internes : J.-P. ROTTOT. — *Physiologie et Pathologie générales* : E.-P. LACHAPELLE. — *Anatomie descriptive* : A. LAMARCHE. — *Matière médicale* A. PICARD. — *Tocologie* : DAGENAIS. — *Clinique interne* : J.-A. LARAMÉE. — *Pathologie et clinique externes* : A.-T. BROSSEAU. — *Clinique externe et chimie* : N. FAFARD. — *Anatomie pratique* : E. BERTHELOT. — *Hygiène* : SÉVERIN LACHAPELLE. — *Toxicologie* : F. DESROSIERS. — *Maladies des enfants et Botanique* : SALLUSTE DUVAL. — *Clinique d'oculistique et d'otologie* : A. FOUCHER. — *Histologie et médecine opératoire* : AZARIE BRODEUR.

D. Turquie d'Asie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BEYROUTH.

Cette école est dirigée par les RR. PP. Jésuites de Syrie. Elle comprend quatre professeurs et est subventionnée par le gouvernement français. La a Porte refusé de participer aux frais d'enseignement. Cette école délivre des certificats de capacité aux Etudiants. On restera à Beyrouth dans un impasse, à moins qu'on ne se décide à envoyer les Etudiants passer leurs examens en France. Cependant notre correspondant estime que ce serait une bévue, et que l'on commettrait une lourde faute en laissant cette Ecole entre les mains des RR. PP. Jésuites.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

Suivant notre coutume annuelle, nous donnons ici les principaux reseignements que nous avons pu recueillir sur le fonctionnement des Universités étrangères.

A. Angleterre.

Le Royaume-Uni compte actuellement vingt corps savants investis du droit de délivrer des grades ou diplômes susceptibles d'être enregistrés conformément au *Medical Act* de 1858 ; nous donnons ici, pour n'avoir plus à y revenir, l'énumération de la plupart de ces grades, avec l'explication des initiales qui les représentent, et dont les titulaires font habituellement suivre leur nom : Licencié de l'Apothecaries Company (L. A. H.), Licencié de la Société des Apothicaires (L. S. A.), Licencié en Médecine (*Lic. Med.*), Licencié du Collège royal des médecins (*Licentiate of the Royal College of Physicians L. R. C. P.*) ; Licencié du Collège royal des chirurgiens (*Lic. of the Royal College of Surgeons, L. R. C. S.*) (Lorsqu'ils deviennent, par un examen ultérieur, *Membres* de l'un de ces derniers collèges, et, ensuite Fellow, les *Licencies* remplacent L. par M. et F.) Licencié en obstétrique *Licenciate in Midwifery, L. M.*) ; maître en chirurgie (*Master in Surgery M. S. or chirurgiae magister C. M.*) ; Bachelier en médecine M. B. et enfin docteur en médecine M. D. Ce dernier titre n'est recherché que par un nombre relativement restreint de médecins, ce qui s'explique, si l'on se souvient que le plus modeste diplôme de bachelier ou de licencié confère le droit d'exercer toutes les branches de l'art de guérir ; aussi le grade de docteur en médecine, s'il constitue dans les grandes Universités de l'Angleterre le signe d'une éducation vraiment supérieure, a-t-il une valeur bien moins importante quand il émane d'autres Universités qui le confèrent simplement après quelques années de stage de bachelier ou de licencié. Tout étudiant en médecine doit, au début de ses études, se faire inscrire, ou immatriculer dans les bureaux du Conseil général de médecine ; il ne peut obtenir cette inscription qu'en justifiant d'examens subis devant un corps enseignant reconnu, ou en subissant un examen préliminaire, dont le programme, demeuré longtemps trop sommaire, a été dans ces dernières années, notablement étendu, et pourrait avec avantage, être encore élargi. Après avoir justifié de cet examen, ou l'avoir subi, l'étudiant est autorisé à commencer ses études médicales ; plusieurs voies lui sont ouvertes, dans le choix desquelles il sera surtout guidé par les règlements de l'école qu'il aura choisie, car ces règlements, bien qu'ils s'inspirent tous, dans leurs grandes lignes, du programme-modèle tracé par le Conseil général de médecine, présentent néanmoins, d'une école à l'autre d assez grandes variations de détail. C'est ainsi que, suivant les cas, l'étudiant pourra : 1° suivre pendant un an les cours ou les cliniques d'un hôpital de province, ou de tout autre établissement reconnu ; 2° devenir pendant un an l'élève particulier d'un chirurgien régulièrement diplômé et capable par sa situation de lui fournir des éléments suffisants d'instruction pratique ; 3° entrer de suite dans une école de médecine légalement reconnue.

Le minimum du temps qui doit être consacré aux études médicales est de quarante-cinq mois à partir de la date de l'inscription ; deux ans et demi au moins doivent être passés dans une école de médecine reconnue.

L'obtention des grades, diplômes ou *licences*, comporte au moins deux examens dont le premier comprend la chimie et la physique médicale, l'anatomie, la physiologie, la matière médicale et la pharmacie ; le second examen ou examen final, que certaines universités divisent en plusieurs parties, roule sur la pathologie et l'anatomie pathologique, la médecine, y compris l'anatomie médicale, la clinique et la thérapeutique, la chirurgie, y compris l'anatomie chirurgicale et la clinique, les accouchements et la médecine légale.

Les diplômes qui confèrent le droit d'exercer ne peuvent en aucun cas être délivrés avant l'age de vingt et un ans.

Les corps enseignants qui ont le droit de délivrer des diplômes et de conférer des grades dans l'ordre de la médecine sont les suivants : Le Collège royal des médecins de Londres ; le Collège royal des chirurgiens d'Angleterre ; la Société des apothicaires de Londres ; les universités de Londres, d'Oxford, de Cambridge, de Durham, de Victoria (à Manchester), le Collège royal des médecins et le Collège

royal des chirurgiens d'Edimbourg, la faculté de médecine et de chirurgie de Glascow, les universités, d'Aberdeen, d'Edimbourg, de Glascow, de Saint-Andrews, le King and Queen's College des médecins d'Irlande, le Collège royal des chirurgiens d'Irlande, l'Apothecarie's Company d'Irlande, l'université de Dublin et l'université royale d'Irlande.

En dehors de ces universités l'enseignement médical est donné dans plusieurs des grands hôpitaux de Londres; nous y reviendrons en parlant de ces hôpitaux; mais nous devons dès à présent mentionner l'Ecole de médecine de Londres pour les femmes, à laquelle le Royal Free Hospital fournit l'enseignement clinique, et l'école d'anatomie et de chirurgie de M. Thomas Cooke, et en dehors des institutions académiques, plusieurs écoles libres pour la dentisterie et la pharmacie.

En province, on trouve le Queen's Collège (Birmingham), le Owen's College (Manchester) et le Collège médical de l'Université de Durham, à Newcastle-on-Tyne, ainsi que les écoles de medecine de Bristol, de Leeds, de Liverpool et de Sheffield.

Bien qu'elles confèrent des grades, les Universités de Cambridge et d'Oxford ne donnent pas l'éducation médicale complète; en fait il n'y a pas d'école de médecine à Oxford; depuis l'an dernier il y a eu des modifications pour faire donner à la fois l'enseignement des sciences accessoires et de la médecine proprement dite, et l'été dernier les candidats examinés pour l'anatomie avaient reçu leur instruction à Oxford, mais Cambridge fournit une instruction solide dans plusieurs branches de l'art de guérir.

En Ecosse, outre les écoles attachées aux Universités d'Aberdeen, d'Edimbourg et de Glasgow, il faut mentionner l'Extra-Academical School, à Edimbourg, et à Glasgow, le Collège d'Anderson et l'Ecole du Royal Infirmary.

En Irlande, on trouve l'Ecole de médecine d'Irlande, l'Ecole du Collège royal des chirurgiens d'Irlande et les Collèges de Cork, de Belfast et de Galway; Dublin compte aussi plusieurs écoles de médecine: le Carmichael College of medecine and Surgery, l'hôpital et le collège médical du Dr Stevens, l'Université catholique et le Ledwich School, où l'on enseigne l'anatomie, la médecine et la chirurgie.

Il faut ajouter que les Collèges royaux des chirurgiens ainsi que la Faculté de médecine et de chirurgie de Glasgow délivrent des diplômes autorisant à exercer la chirurgie dentaire; ces diplômes sont enregistrés conformément à la loi sur l'exercice de l'art dentaire votée en 1878 et en vigueur depuis 1879.

Enfin, à la suite d'examens spéciaux, les Universités de Cambridge, de Londres, de Durham, d'Edimbourg, de Glasgow et de Dublin délivrent des certificats et des diplômes attestant les connaissances acquises par le candidat en hygiène et en médecine publique; ces diplômes ne sont pas actuellement enregistrables; ils sont habituellement recherchés par les praticiens (déjà pourvus de licences enregistrées) qui recherchent le poste de médecin sanitaire de district ou de région.

L'enseignement clinique est donné en Angleterre à peu près comme en France, peut-être même d'une façon plus large: car, dans tous les hôpitaux auxquels se rattachent des écoles de médecine, les chefs de service, médecins, chirurgiens ou accoucheurs, ont à faire des conférences cliniques sur les malades couchés dans leurs salles, sans préjudice des cours des professeurs de clinique; ceux-ci, à la vérité, n'existent pas dans tous les hôpitaux; mais l'enseignement clinique n'en demeure pas moins très étendu et très complet, et porte sur toutes les branches de la médecine; les hôpitaux spéciaux ne manquent pas en Angleterre; ils sont même beaucoup plus nombreux et plus spécialisés qu'en France; mais, quel que soit l'hôpital général auquel l'étudiant est attaché, il y trouvera presque toujours sur place des professeurs spéciaux pour lui enseigner les maladies des yeux, des oreilles, de la gorge, de la peau, aussi bien que la chirurgie orthopédique, les maladies mentales ou l'hygiène publique. Enfin, on ne manque jamais d'exercer les élèves à l'emploi des diverses méthodes de diagnostic, notamment à l'auscultation de l'homme sain et de l'homme malade, aux recherches pratiques de micrographie et de chimie; des conférences spéciales sont instituées dans ce but, et rendent aux élèves des services considérables. Enfin, la tâche de l'étudiant est encore facilitée par la présence dans la plupart des hôpitaux, sinon dans tous, d'un ou de plusieurs répétiteurs (*tutors*) dont la mission consiste à aider les jeunes gens dans leur travail, et particulièrement dans la préparation de leurs examens.

Les frais scolaires des études médicales sont considérables en Angleterre; en revanche, un grand nombre de bourses sont données au concours: beaucoup de prix sont représentés par une somme dont le chiffre est variable, et les *assistants* de clinique médicale, chirurgicale et obstétricale reçoivent des appointements relativement élevés: c'est ainsi qu'au Guy's Hospital, à Saint-Mary's et à Saint-George's hôpital, il y a des positions de 250 liv. st. et que les *house-surgeons*, dont la situation correspond à peu près à celle des internes des hôpitaux de Paris, touchent de 625 à 750 fr. par an; ils n'ont pas de frais d'études à payer, et sont logés. Toutes ces fonctions ne sont obtenues que pour six mois ou un an, ce qui fait que les titulaires en sont relativement nombreux et ce qui permet à tous les élèves un peu laborieux d'avoir, vers la fin de leurs études, au moins pendant six mois, les avantages de l'internat.

L'exercice de la médecine est absolument libre en Angleterre, mais nous avons dit que l'obtention de la licence, après validation par le Conseil médical, confère le droit d'exercer la médecine, avec les privilèges stipulés par la loi de 1858, et que par suite le diplôme de docteur en médecine devient en quelque sorte un luxe scientifique, dont se passent volontiers le plus grand nombre des praticiens du Royaume-Uni. Il n'y aurait pas grand mal à cela si les examens à la suite desquels on accorde cette licence portaient sur toutes les branches de l'art de guérir; malheureusement il n'en pas ainsi; les licences sont spécialisées (licence en médecine, en chirurgie, en accouchements) en sorte que le titulaire de l'une d'elles peut n'avoir sur les autres parties de la médecine que des connaissances théoriques ou insuffisantes; il n'en est pas moins autorisé à *exercer la médecine*, dans le sens le plus large de ces deux mots; ce regrettable état de choses appelle une réforme; les membres les plus autorisés du corps médical, — et, après eux, l'opinion publique, — se sont émus, et il est permis d'espérer qu'avant longtemps une législation plus logique remplacera cette excessive et dangereuse tolérance.

C'est ainsi que plusieurs corps enseignants se sont entendus pour adopter un modèle uniforme d'examen pour le premier grade et que la plupart des collèges-hôpitaux ont fixé à un prix unique, 125 guinées (soit 3,125 fr. par an) le montant total des frais d'études.

Un amendement voté l'année dernière (1886) par le Parlement a légèrement modifié dans quelques-unes de ses parties le *Medical Act* de 1858: les modifications introduites sont les suivantes:

1° Le Conseil Général Médical et le Conseil privé sont désormais autorisés à accorder aux titulaires de diplômes étrangers, après examen et appréciation de ces diplômes, le droit d'être régulièrement enregistrés et de jouir ainsi dans le Royaume-Uni des privilèges attachés à ces diplomes.

2° Le nombre des membres du Conseil Général Médical est accru par l'adjonction de six membres nouveaux; l'un de ces membres représentera l'Université de Victoria et sera élu par elle; les cinq autres seront élus directement par le Corps médical lui-même; trois de ces derniers membres seront élus par les médecins d'Angleterre, un par les médecins d'Ecosse et le cinquième par les médecins d'Irlande.

3° Enfin, tout en se gardant de porter atteinte aux privilèges des Universités, cet amendement décide qu'à l'avenir, aucune corporation ne pourra delivrer *à elle seule* les grades autorisant l'exercice de la medecine; elle devra pour cela s'adjoindre une ou plusieurs autres corporations; si elle ne pouvait arriver dans ce but à une entente avec d'autres corporations, elle serait autorisée à conférer des grades d'une façon indépendante, mais avec le concours d'examinateurs pris hors de son sein et choisis à cet effet par le Conseil Général Médical ou le Conseil privé.

Il nous reste à parler des hôpitaux de Londres: nous le ferons très sommairement; mais comme ces hôpitaux sont, pour la plupart, des écoles de médecine, nous donnerons entre parenthèses, après le nom de chaque hôpital, l'indication des principaux médecins, chirurgiens ou accoucheurs qui y dirigent des services et y distribuent l'enseignement clinique; nous ferons de même pour quelques hôpitaux spéciaux, non pourvus d'écoles, mais auxquels sont attachés des médecins jouissant d'une grande notoriété scientifique.

L'hôpital St-Barthélemy (MM. Klein, Andrew, Gee, Legg, Savory, Dyce Duckworth, Lauder Brunton, Matthews-Duncan, etc.) contient 750 lits, dont 75 pour les convalescents. Salles de médecine, de chirurgie, de maladies des yeux, de maladies des femmes, de syphilis. Les enfants sont reçus dans les salles de médecine et de chirurgie. Les musées d'anatomie, de matière médicale et de botanique, ainsi que la bibliothèque de l'hôpital sont ouverts aux élèves tous les jours. — L'hôpital de Charing-Cross (MM. Pollock, Willcoks, Murray, Abercrombie, Barwell, Green, etc.) renferme 180 lits, dont un certain nombre est affecté aux maladies des femmes et des enfants; il possède un musée et une bibliothèque. — L'hôpital St-Georges (MM. Turner, Dickinson, Barnes, etc.) contient 351 lits, dont 205 de chirurgie et 146 de medecine; salles spéciales d'ophthalmologie et de gynecologie: les enfants sont admis dans les salles de femmes. Bibliothèque et musée.

L'hôpital de Guy (MM. S. Wilks, Pavy, Bryant, sir William Gull, Moxon, Pye-Smith, Galabin, Goodhart, etc.) contient 695 lits, dont 50 sont affectés aux maladies oculaires et 26 aux femmes en couches; les enfants sont reçus dans les salles de femmes. La bibliothèque est ouverte aux élèves; l'hopital possède en outre des musées d'anatomie humaine, d'anatomie comparée (plus de 2000 pièces); d'anatomie pathologique (plus de 5000 pièces) et de

matière médicale. — L'hôpital de King's College (MM. Burney Yeo, Gerald Yeo, Beale, G. Johnson, Playfair, David Ferrier, sir Joseph Lister, etc.) contient environ 170 lits; il possède une bibliothèque et des musées d'anatomie, de matière médicale et d'histoire naturelle.

Le London Hospital (MM. Sutton, Treves, sir A. Clark, Fenwick, Hughlings-Jackson, etc.) le plus vaste des hôpitaux du Royaume-Uni contient 800 lits, qui se répartissent de la façon suivante : accidents et chirurgie, 334; médecine, 300; maladies des femmes, 36, enfants au dessous de 7 ans, 68; maladies des yeux, 12; salles extérieures, 60. Musées d'anatomie, d'anatomie pathologique, de matière médicale et bibliothèque. — L'hôpital de Ste-Mary (MM. Sievcking, Meadows, Broadbent, etc.) contient 165 lits dont 76 pour la médecine et 89 pour la chirurgie; il y a une salle pour les maladies des femmes, et quelques lits pour les maladies d'yeux. Bibliothèque; musées d'anatomie normale et pathologique, de matière médicale, d'anatomie comparée et d'histologie.

L'hôpital de Middlesex (MM. Coupland, Cayled, Edis, Douglas-Powell, etc., contient plus de 300 lits, dont 185 de chirurgie, 120 de médecine, une salle de 33 lits pour les cancéreux, des salles pour les affections utérines, les maladies des yeux et la syphilis. Bibliothèque et musée (5000 pièces).

L'hôpital Saint-Thomas (MM. Payne, Sharkey, Bristowe, Ord, sir William Mare-Cormac, Rayner, Hadden, etc.) renferme 572 lits, dont 160 de médecine et 230 de chirurgie; salles spéciales pour les maladies des femmes, les affections oculaires, la syphilis, les maladies des enfants au-dessous de six ans; bâtiment isolé pour les maladies infectieuses. Les élèves ont accès à la bibliothèque, aux musées d'anatomie humaine et comparée de matière médicale, de chimie et de minéralogie, ainsi qu'aux laboratoires de physiologie et de chimie pratiques. — L'hôpital de l'université contient 200 lits, avec salles spéciales pour les maladies des femmes, des enfants, des yeux et de la peau; à ce dernier département se rattache un service de bains médicamenteux. Bibliothèque générale et médicale; musées d'anatomie, d'anatomie pathologique, d'anatomie comparée, de matière médicale, de chimie, de géologie, de physique et d'hygiène (Parkes museum); laboratoires de chimie, de physiologie, de zoologie et d'hygiène. — L'hôpital Westminster contient plus de 200 lits services spéciaux pour les maladies des yeux, des oreilles, de la peau, des dents, de la gorge; salles de gynécologie, d'orthopédie, bibliothèque; musées d'anatomie (belles préparations histologiques) d'anatomie pathologique et de matière médicale. — Parmi les autres hôpitaux de Londres, il faut encore citer le Great Northen Hospital (MM. Legros-Clerk, Cholmeley, Fancourt-Barnes, etc.), l'hôpital maritime de Greenwich; le West London Hospital, qui contient 100 lits; le City of London Hospital, réservé aux affections pulmonaires; l'hôpital des phthisiques de Brompton (MM. C. J. B. Williams, Walshe, S. Quain, Pollock, C. T. Williams, D. Powell, etc.); l'hôpital des Enfants malades et les hôpitaux de Belgrave, Evelina, Victoria, tous trois consacrés aux enfants, ainsi que l'East-London Hospital; le Royal Infirmary et le Samaritan hospital, pour les femmes et les petits enfants; l'hôpital de Chelsea, pour les femmes; l'Hôpital des femmes; le British Lying-in Hospital (maternité); le Queen Charlotte's Lying-in Hospital (maternité); le City of London Lying-in Hospital, (maternité); le London Fever Hospital, pour les fièvres; l'hôpital royal ophthalmique de Londres; l'hôpital royal orthopédique de Westminster; l'hôpital National pour les épileptiques et les paralytiques (MM Ramskill Radcliffe, Hughlings-Jakson, Buzzard, Charlton Bastian, Gowers et Ferrier); l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, l'hôpital dentaire de Leicester-Square, et enfin l'hôpital français de Londres.

B. Allemagne.

L'empire d'Allemagne comprend vingt Universités pourvues de Facultés de médecine et délivrant des diplômes médicaux : ce sont les universités de Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Freiburg (in Breisgau), Giessen, Göttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Konigsberg, Leipzig, Marburg, Munich, Rostock, Strasbourg, Tübingen et Würzburg.

Nul ne peut exercer légalement la médecine sur le territoire de l'empire, s'il n'a passé l'examen d'Etat. On n'est pas médecin (*Arzt*) si l'on n'a pas subi l'examen d'Etat, fût-on docteur de l'une des Universités; d'autre part, le titre de *Arzt* ne confère pas celui de docteur. Le médecin qui n'a pas subi l'examen d'Etat ne peut remplir aucune fonction; il n'est pas reconnu et ne peut pas même exiger le paiement de ses services professionnels. Le praticien qui n'est ni docteur, ni *Arzt* exerce à ses risques et périls aucune loi ne lui interdit d'exercer, mais en cas d'accident, il encourt non seulement une amende, mais un emprisonnement dont la durée peut varier de six mois à dix ans. La plupart des étudiants passent l'examen universitaire et l'examen d'Etat.

Les Universités allemandes comprennent trois ordres de professeurs : les professeurs, les professeurs extraordinaires et les *privat-docent*. Les professeurs sont nommés à vie; leurs appointements sont fixes, mais ils peuvent être plus ou moins élevés suivant la réputation du professeur; — les professeurs extraordinaires sont choisis ordinairement parmi les *privat-docent*; leurs appointements sont variables, car ils sont formés en grande partie des rétributions payées par les élèves; — le nombre des *privat-docent* est illimité; c'est une situation accessible à tous les docteurs en médecine, et d'autant plus rémunératrice que le *privat-docent* a plus de succès, puisque les rétributions des élèves volontaires constituent son seul salaire; en aucun cas, ces rétributions ne peuvent être inférieures à celles qui sont payées pour les cours du professeur ordinaire. L'institution du *privat-docent* assure suffisamment la liberté de l'enseignement médical pour que l'Etat puisse, sans grande intolérance, interdire l'ouverture de toute école libre de médecine.

La durée des études médicales en Allemagne ne peut en aucun cas être inférieure à neuf semestres. L'examen d'Etat peut être subi soit à Berlin, soit dans l'une quelconque des Universités; avant de s'y présenter, le candidat doit produire : 1° un certificat constatant qu'il a suivi le cours d'études complet d'un gymnase; 2° un certificat constatant qu'il a suivi le cours complet des études médicales dans une Université; 3° un certificat constatant qu'il a subi avec succès l'examen de sciences naturelles dans une Université allemande; 4° la preuve qu'il a, pendant deux semestres au moins, suivi d'une façon effective une clinique médicale et une clinique chirurgicale, et qu'il a assisté au moins à quatre accouchements séparés; 5° un certificat émanant d'un vaccinateur public, et attestant qu'il a acquis une dextérité suffisante dans l'art de vacciner.

L'examen est divisé en sept parties; il y a été ajouté récemment une épreuve d'hygiène et de matière médicale; il a toujours lieu en allemand.

Nos lecteurs se rendront mieux compte de l'organisation des facultés allemandes par la description que nous donnons ci-dessous de la faculté de MUNICH (1129), d'après les renseignements qui nous ont été fournis obligeamment par le doyen, M. le professeur VOIT.

I. Institut anatomique. — Deux professeurs ordinaires d'anatomie, l'un pour *l'anatomie descriptive* et *topographique*, l'autre pour *l'histologie* et *l'embryologie*. Chaque professeur est secondé par deux assistants. Les quatre assistants réunis touchent 5.500 marks. La somme inscrite au budget pour l'institut est de 10.157 marks, cette somme étant insuffisante, on propose de l'augmenter de 4 600 marks. L'institut est en réparation en ce moment, on construit des bâtiments qui l'agrandiront du double.

II. Institut physiologique. — Ce bâtiment est destiné aux recherches physiologiques : il contient une grande collection d'instruments et appareils affectés à ce genre de travaux. Le rapport de Wurtz au gouvernement français en donne la description. Le professeur a deux assistants avec des traitements de 1.650 à 1 200 marks. Le budget s'élève à 8.430 marks. On donne dans l'institut un cours de *physiologie expérimentale*, et une fois par semaine un cours de deux heures sur un chapitre de *physiologie avec expériences*. Le laboratoire est ouvert trois fois par semaine à deux heures différentes, dans l'après-midi, aux élèves qui veulent s'exercer; les élèves plus avancés font en outre des *recherches spéciales*.

III. Institut pathologique. — Le directeur de l'institut pathologique, ouvert en 1875, est professeur ordinaire de pathologie générale et d'anatomie pathologique, il est de plus prosecteur de l'hôpital de la ville pour les services ordinaires et les cliniques que cet hôpital contient. Le budget de l'institut est d'environ 9 000 marks; au printemps de 1884, on y a fondé un *laboratoire bactériologique* avec dix tables de travail; la dépense a atteint 6.000 marks environ; le budget de l'institut en a été grevé à un tel point, qu'il a fallu proposer une augmentation de 5.000 marks par an. Deux assistants, avec des traitements de 1.300 marks chaque, sont attachés à l'institut pour *l'anatomie pathologique*. Il y a un assistant de *chimie pathologique*, qui est en même temps professeur de physiologie à l'école vétérinaire. Les procès verbaux d'autopsie sont faits par deux ou trois assistants sans traitement, choisis parmi les vieux étudiants, ils remplissent ces fonctions pendant trois à six mois. Les autopsies s'élèvent à 6.700 par an : l'institut reçoit à peu près le même nombre de pièces, tumeurs, etc., des divers hospices de la ville, des cliniques chirurgicales, des médecins, de l'abattoir de la ville. Presque 1/3 (200 par an) de cadavres est utilisé pour les cours d'autopsies, 50-60 pour les examens. Tout le matériel anatomo-pathologique, provenant des autopsies et du dehors, est employé pour les cours de *démonstration* et les *exercices histologiques*. Le professeur d'anatomie pathologique fait lui-même actuellement, en présence des cliniciens et de leurs élèves les autopsies dites cliniques (cas présentés dans les cliniques), ainsi que les autopsies de cas intéressants; il dirige les cours d'autopsie et les cours pratiques de microscopie. Les autres autopsies sont faites par les assistants sous la direction du médecin en chef de l'hôpital. Les autopsies privées de malades de la ville sont faites dans les salles d'autopsies des cimetières. On ne fait pas d'autopsies dans la petite

morgue de l'hôpital, on n'y place que provisoirement les cadavres qui sont plus tard autopsiés à l'institut pathologique.

IV. Clinique chirurgicale. — Elle est installée dans l'hôpital général. Le professeur de clinique chirurgicale est en même temps médecin en chef des salles de chirurgie et a un assistant clinique, et deux assistants pour les autres salles. Chacun des trois assistants a un co-assistant choisi parmi les étudiants. L'assistant de la clinique reçoit environ 1.100 marks de l'université et le logement. Les deux assistants des salles non cliniques ont chacun 800 marks et le logement. Les trois co-assistants ne sont pas payés. Le professeur de clinique donne aussi des cours théoriques de chirurgie, des cours de chirurgie opératoire et des cours d'opération. Les cadavres reçus à l'anatomie pendant le semestre d'été lui sont destinés. La clinique chirurgicale a deux petits budgets par an, un de 2.000 marks pour achat d'instruments et appareils, pour payer les porteurs de malades (infirmiers?) et pour la confection de liquides conservateurs et injections désinfectantes. Le second budget de 1.029 marks est destiné à faire entrer à l'hôpital des malades pauvres, intéressants et opérables. L'amphithéâtre de clinique et la salle d'opération étant devenus trop petites, la commune aidée de l'Etat va, pour une somme de 100.000 marks environ, construire un institut chirurgical, (2/5 payés par la commune, et 3/5 par l'Etat, environ). La chose a été acceptée des deux parts. Un autre inconvénient consiste en ce que le petit budget de 1.029 marks ne suffit que pour 15 à 20 malades; ces derniers reviennent très cher, à 2 1/2 marks par jour. Or, il vient chaque année 80 à 100 malades opérables, qui n'ont avec eux d'autre bagage qu'un certificat constatant que ni eux ni la commune ne peuvent payer. Si le professeur ne veut pas renvoyer sans les opérer ces malheureux, qui souvent n'ont amassé l'argent de leur voyage qu'en mendiant, il lui faut ou bien payer de sa poche, ou quémander à son tour auprès des gens riches. Cet abus aura disparu sous peu.

V. Clinique ophthalmologique de l'Université. — Dirigée par un professeur ordinaire ayant sous ses ordres trois assistants et un étudiant comme co-assistant. Les quatre assistants touchent ensemble 3.600 marks. Le budget de l'institut monte à environ 8.000 marks; il est suffisant. Le déficit assez considérable est couvert par les honoraires payés par les malades soignés à la clinique. Les installations sont calculées en vue de 45 lits de malades. Le soin des malades et leur subsistance est du ressort du comité général de l'union des femmes bavaroises.

VI. Cliniques médicales. — Elles se trouvent à l'hôpital général de la ville et dans l'institut clinique bati à côté. Il y a deux cliniques médicales avec deux professeurs ordinaires et deux médecins assistants cliniques et *une clinique médicale propédeutique.* Tous les professeurs extraordinaires et les privats docents de la clinique médicale font leurs cours et leçons dans l'institut clinique qui subvient à l'éclairage, au chauffage, au service, etc. L'institut clinique a un médecin assistant et deux médecins adjoints, un économe et deux domestiques. Le budget est de 14.000 marks environ. Il n'y a pas de lits de malades à l'institut clinique, mais seulement des installations pour l'enseignement et pour les travaux scientifiques. Les malades sont dans un batiment annexe. Il y a encore à l'institut une *policlinique* (2.500 malades environ par an), dirigée chaque semestre par quatre médecins adjoints. Dans les services il y a 11 médecins adjoints tous candidats de l'examen professionnel.

VII. Clinique gynécologique. — Elle a un budget de 51.000 marks sans compter le traitement du directeur. Elle se compose : 1) d'une section *obstétricale* avec 36 lits et 3 accouchements par jour. Les accouchées restent une semaine au moins. Tous les accouchements se font en présence d'étudiants. Six d'entre eux demeurent à tour de role à l'institut. Du 1er aout au 1er decembre se fait un cours pour sages-femmes (75 élèves). Ces dernières quittent l'etablissement une fois l'examen passé. Vingt-quatre d'entre elles demeurent en général à la clinique. 2) Section *gynécologique* avec 18 lits; 250 entrées par an. En général 10 à 12 lits sont occupés. 3) Section *privée* avec 30 lits recevant des femmes en général payantes, qui desirent accoucher dans la clinique; on y a annexé des cas de gynécologie provenant de la clientèle privee du directeur. Le prix pour ces dernières est de 6 marks par jour.

Personnel médical. — 1) le Directeur, 2) 1 assistant (médecin) dirigeant la policlinique obstetricale dans laquelle travaillent chaque semestre environ quinze étudiants. 3) le second assistant (médecin) soigne les malades de la section gynécologique, ceux de la clinique gynecologique et les cas de la policlinique, 3-400 par an seulement, car la policlinique est à peine fondée. 4) le troisième assistant (médecin) dirige la section obstetricale. 5) un assistant faisant des preparations microscopiques et tenant en etat les collections anatomiques. 6) Trois médecins internes demeurant à la clinique dans le but de se perfectionner dans la gynecologie. Chacun d'eux a une chambre à part et paie 20 marks pour son inscription et 30 marks par mois pour le logement, le chauffage et l'éclairage. 7) Chaque assistant a un co-assistant, candidat en médecine. Ces candidats suivent les cours et les leçons gratuitement et le premier d'entre eux a 16-17 marks par mois. En résumé, pendant le semestre, il y a onze médecins occupés à soigner les malades et à donner des cours aux élèves.

Personnel extra-médical. — 1) l'Econome. 2) la sage-femme en chef. 3) deux sages-femmes en second. 4) trois infirmières. 5) deux filles de salles et deux laveuses. 6) un domestique. 7) un machiniste. — Le directeur donne : 1) un *cours théorique d'obstétrique et de gynécologie.* 2) Un *cours de gynécologie et obstétrique opératoire.* 3) *exercices de toucher* deux fois par semaine. 4) la clinique *obstétrico-gynécologique*, six fois par semaine. Le premier assistant est aussi privat docent et donne les cours de *gynécologie et obstétrique* théoriques et le *cours des sages-femmes*; il est aidé des deux autres assistants médecins. Le traitement des assistants médecins varie entre 1.200 et 1.750 marks. L'économe a 3.000 marks.

VIII. Institut d'hygiène. — Dirigé par un professeur ordinaire aidé de deux assistants, un économe, deux domestiques. Les deux assistants ont 1.800 et 1.200 marks, l'économe 1.200 marks, le logement, les deux domestiques 1.200 et 1.020 marks. L'institut peut disposer d'une somme de 6.000 marks pour dépenses courantes. Le directeur donne dans l'institut des cours d'hygiène et dirige dans le laboratoire les travaux spéciaux des élèves avancés. Un assistant qui est *privat docent* en un même temps donne un cours *pratique d'hygiène* destiné aux futurs fonctionnaires médicaux qui veulent faire leur examen de Kreisphysicus. L'assistant fait en outre des *démonstrations d'hygiène* et fait des *excursions* avec les élèves. Un autre assistant, aussi privat docent, donne depuis quelque temps des cours de *bactériologie.* Il y a aussi à l'institut, mais dépendant du ministère de l'intérieur, un laboratoire où l'on examine les *aliments* : le directeur est le directeur de l'institut d'hygiène. Les recherches sont faites par deux assistants spéciaux et un volontaire; on s'occupe en premier lieu des recherches ordonnées par les autorités, en second lieu de recherches pour *les particuliers.* Le ministère a fixé les taxes à percevoir pour ces travaux. Une description de l'institut avec dessins et plans, a été publiée par le directeur actuel qui a présidé à sa construction et l'a inauguré en 1879. (*Das hygienische Institut der Kgl. b. Ludwigs. Maximilians Universität München*, Brunswick, 1882. Depuis la publication de la brochure on a installé un *laboratoire bactériologique* spécial pour lequel on a fait une dépense extraordinaire de 2.500 marks (1).

IX. Clinique psychiatrique. — L'hospice d'aliénés pour la haute Bavière qui se trouve à Munich, sert à la clinique et contient 550 malades. Le directeur est en même temps professeur ordinaire. En dehors de lui, il y a encore cinq médecins (un médecin en chef et quatre médecins assistants). Deux fois par semaine il y a des *démonstrations cliniques* durant deux heures. Les dépenses se montent en chiffres ronds à 420.000 marks. L'université fournit un appoint de 500 marks pour les dépenses plus spécialement cliniques.

X. La policlinique. — Elle a été fondée en 1813 à l'université, puis transportée en 1863 dans un batiment construit ad hoc, dans le voisinage de l'institut médical. Elle se divise en policliniques *médicale, obstétricale, chirurgicale et gynécologique.* La policlinique médicale est dirigée par un professeur ordinaire, la policlinique obstétricale aussi, les trois autres par des professeurs extraordinaires; chacune d'elles a pour assistant un médecin praticien; la policlinique chirurgicale en a trois. Chaque policlinique a deux candidats en médecine arrivés au terme de leurs études, comme co-assistants. Ces derniers ont comme rémunération en tout une somme de 4.005 marks, provenant de la somme laissée par l'ex-professeur Dr Reisinger, en vue de la fondation d'un institut pour le perfectionnement pratique des étudiants en médecine. Si l'on additionne tous les frais, la somme sus-indiquée comprise, on arrive à 13.335 marks 31 Pf. Outre les policliniques, on comprend dans cette somme les frais pour des cours tenus soit dans le local, soit dans d'autres instituts. Ce sont des cours de *physiologie physique médicale, histologie pathologique, pharmacologie, électrothérapie, laryngoscopie, ophthalmologie et diagnostic physique.* Chaque année 20.000 malades environ sont soignés à l'institut, soit en consultation, soit au local, de dix heures du matin à sept heures du soir, soit, quand ils sont plus gravement atteints, gratis à domicile. On distribue aussi gratuitement des médicaments (les candidats, sous la direction du professeur de pharmacie, les prescrivent dans un cours spécial) ou des bandages. L'institut s'agrandit par la construction de deux grandes salles annexes et d'un second étage. Il contient ainsi

(1) Voir *Progrès Médical*, *Institut d'hygiène à Munich*, par Chantemesse, p. 794, nº 40, 4 octobre 1884.

deux chambres de malades pour l'observation de cas intéressants, et pour soins consécutifs donnés aux opérés; il y a aussi un laboratoire de *recherches chimiques* et une *bibliothèque* à l'usage des étudiants de la faculté de médecine.

XI. Institut pharmaceutique. — Destiné à l'instruction des nombreux élèves en pharmacie qui étudient à l'université; les étudiants ou médecins qui se destinent à la carrière de médecins légistes officiels (Amtsarzt) y apprennent à surveiller les pharmacies, ce qui sera plus tard de leur ressort. Ils peuvent s'y exercer, dans le laboratoire de l'institut, aux recherches chimiques de médecine légale. Le budget annuel de l'institut est de 914 marks, non compris le chauffage et l'éclairage qui sont à la charge de l'université. L'assistant de l'institut reçoit une rémunération annuelle de 1.000 marks. Le directeur de l'institut pharmaceutique a en outre installé dans le *Reisingerianum* une petite pharmacie avec une collection pharmacologique, pour donner aux étudiants qui se destinent à la pratique médicale à la campagne, l'occasion de s'exercer dans la distribution des médicaments qu'ils apprennent en même temps à connaître.

Parmi les principaux professeurs de la faculté, nous citerons : Gietl (médecine) ; Seitz (policlinique) ; Pettenkoffer (hygiène) ; Nussbaum (chirurgie); Voit (physiologie) ; Ziemssen (médecine); Winckel (accouchements); Grashey (psychiatrie); Bollinger (anatomie pathologique); — parmi les professeurs extraordinaires : Ranke (policlinique infantile); Martin (médecine légale); Œrtel (laryngologie) ; Tappeiner (chimie médicale); — parmi les privat-docent : H. Büchner et Emmerich (bactériologie) ; Hœsslin (anatomie pathologique); Gessler (microscopie).

L'Université de Berlin (1072 étudiants pendant le semestre d'été 1885), est l'une des plus importantes de l'empire d'Allemagne; elle compte parmi ses professeurs : von Bergmann et Bardeleben (cliniques chirurgicales), Gerhardt et Leyden (cliniques médicales), Waldeyer (anatomie), Virchow (anatomie pathologique), Dubois-Reymond (physiologie), Ohlshausen et Gusserow (obstétrique et gynécologie), Hirsch (épidémiologie), Liebreich (matière médicale), Westphal (psychiatrie), Koch (bactériologie), Schweigger (ophthalmologie), Rose (chirurgie). Parmi les professeurs extraordinaires on trouve les noms de Senator, Henoch (maladies des enfants), Gurlt, Küster, Sonnenburg, Julius Wolff (chirurgie), Munk, Fritsch, Lewin, Schweninger (Dermatologie), Schœler et Hirschberg (ophthalmologie), Bernhardt, Ewald, Fasbender, Christiani, Mendel, Fraentzel, Busch, Frœnkel (policlinique, laryngologique), Falk (histoire de la médecine) Parmi les privat-docent nous trouvons les noms de A. Frankel, Brieger, Kristeller, Tobold, Eulenburg, Guttmann, Zülzer, Gueterbock, Perl, Landau, Martin, Litten, Remak L. Lewin, Rabl-Rükhard, Behrend, Fehleisen, Hans Virchow, Wyder, Baginsky, Gluck, Ehrlich, Leo. L'Université possède un magnifique Institut pathologique, dû à l'initiative de Virchow et situé dans les terrains qui dépendent de l'hôpital de la Charité, un laboratoire bactériologique a été ajouté à l'institut pathologique. Il existe en outre divers établissements d'enseignement pratique; un institut anatomique, physiologique, des laboratoires de chimie, de physique, tous beaux bâtiments de construction récente. Nous citerons aussi le laboratoire d'hygiène dirigé par Koch où sont donnés les cours de microbiologie. Les élèves peuvent y travailler de 8 heures du matin à 3 heures de l'après-midi.

Il y deux ans que l'école dentaire a été ouverte à Berlin. On y donne un enseignement théorique et pratique : 1° chirurgie générale par Busch; 2° Maladies des dents et de la bouche par le même ; 3° Théorie de l'obturation dentaire, par Paetsch ; 4° Histologie normale et pathologique des dents, par Müller; 5° Introduction théorique sur la prothèse dentaire, par Saurer ; 6° Policlinique des maladies des dents et de la cavité buccale, etc.

L'Université de Bonn (311 étudiants) [1], possède des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie; elle compte parmi ses professeurs : Veit (obstétrique et gynécologie), Binz (matière médicale), Leydig (anatomie comparée), Pflüger (physiologie), Kekulé (chimie), Rühle (clinique médicale), Saemisch (ophthalmologie), Trendelenburg (chirurgie). N'oublions pas parmi les professeurs extraordinaires, Doutrelepont (dermatologie et maladies syphilitiques). De nouveaux édifices magnifiques ont été construits par l'architecte Waldhausen.

L'Université de Breslau (397), a des instituts anatomique, physiologique, pathologique et pharmaceutique, et des cliniques médicale (Biermer), chirurgiçale (Fischer), obstétricale (Fritsch), opthalmologique (Förster), syphilitique (Neisser). Ponfick est le directeur de l'institut d'anatomie; Heidenhain, dirige l'institut de physiologie; Voltolini enseigne l'otologie, la laryngologie et la rhinoscopie; Gierke, l'histologie et la physiologie du système nerveux, et Magnus, l'ophthalmologie. Sur le terrain du soi-disant Maxgarten qui a été acheté par l'Etat pour construire des cliniques pour la faculté de médecine de Breslau, on commence déjà à bâtir une nouvelle clinique de gynécologie. L'architecte est celui qui a bâti les cliniques de Bonn. Le jardin nommé Maxgarten est destiné peu à peu à toutes les cliniques de l'université de Breslau, excepté la clinique psychiatrique qui restera réunie à l'hôpital « *Allerheiligen hospital.* » Le no-restraint est rigoureusement appliqué dans l'asile d'aliénés (100) comme, du reste, dans presque toute l'Allemagne. Les élèves de la clinique d'accouchement sont appelés à tour de rôle.

L'Université d'Erlangen (219), possède un hôpital pourvu de cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, psychiatrique et ophthalmologique (Ilomeke, Zweifel, Hagen, Sattler); elle possède également des instituts d'anatomie (v. Gerlach), de physiologie (Rosenthal) et de pathologie (Zenkor). Nous citerons encore les noms de Filehne (matière médicale), de Fleischer (laryngologie) et de F. Penzoldt (policlinique). Les infirmières sont des diaconesses. Chaque clinique possède des pavillons isolés; la clinique médicale en possède deux pour la variole, scarlatine et diphtérie,

L'Université de Freiburg (in Brisgau (474), dispose d'un laboratoire de chimie et d'instituts pour l'étude pratique de l'anatomie (Wiedersheim), de la pathologie (R. Maier), de la physiologie (v. Kries) etc.; elle est pourvue de cliniques de médecine (Bäumler), de chirurgie (Kraske), d'accouchements (Hegar) et d'ophthalmologie (Manz). Hildebrand est chargé de la botanique, Baumann, de la chimie physiologique et Thomas, de la clinique des enfants. Nous citerons encore les noms de Strasser (ostéologie), Schinzinger et Middeldorpf (chirurgie).

L'Université de Wurzburg (784), compte parmi ses professeurs Leube qui est devenu directeur de la clinique de médecine, comme successeur du professeur Gerhardt, nommé à Berlin, Fick (physiologie), Rindfleisch (anatomie pathologique), Rossbach (matière médicale), Trœltsch (maladies des oreilles), Kœlliker (anatomie humaine, comparée et topographique); Schonborn (clinique chirurgicale ; J. Sachs (botanique), à la Faculté des sciences.

L'Université de Giessen (159) est pourvue d'un hôpital académique avec cliniques médicale, chirurgicale et ophthalmologique, d'une maternité, d'un laboratoire de chimie, et d'instituts de physiologie et de pathologie. La bibliothèque de l'Université renferme cent quarante mille volumes. On remarque parmi ses professeurs : Bose (chirurgie); Eckhard (anatomie) et Bostrom (anatomie pathologique).

L'Université de Göttingen (204) possède des instituts pour l'enseignement de la physiologie animale et végétale, et la pathologie, un hôpital (l'hôpital Ernest-August), une maternité, un asile d'aliénés avec clinique psychiatrique, un laboratoire de chimie et un institut vétérinaire. L'anatomie est enseignée par Merkel, la physiologie par Meissner, la médecine par Ebstein, la chirurgie par Konig, l'anatomie pathologique par Orth.

L'Université de Greifswald (457) dispose d'un hôpital qui comprend des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie. Parmi ses professeurs se trouvent : J. Budge (anatomie) ; Mosler (pathologie et thérapeutique) ; Arndt, professeur extraordinaire (psychologie et maladies nerveuses) ; Grawitz, directeur de l'Institut pathologique.

L'Université de Halle (316) possède une bibliothèque de cent mille volumes, un laboratoire de chimie, un jardin botanique, un musée de zoologie, un amphithéâtre d'anatomie, un musée zootomique, une maternité, un hôpital de médecine et de chirurgie, et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de pharmacie. Dans la liste de ses professeurs, on remarque les noms de Volkmann (chirurgie) ; de Bernstein (physiologie) ; de A. Græfe (ophthalmologie) ; de Hitzig (médecine psychologique); de C. Eberth et Welker (anatomie); Kaltenbach (accouchements) ; de Harnack, professeur extraordinaire (thérapeutique). Il existe à Halle une école dentaire annexée à l'Université. La durée des études y est de deux ans.

L'Université de Heidelberg (265) dispose d'un hôpital renfermant des cliniques de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie; elle a un institut pour l'enseignement des maladies des oreilles, une maternité, des instituts d'anatomie, de pathologie, de physiologie et de zoologie, deux laboratoires de chimie et un jardin botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Gegenbaur (anatomie humaine et embryologie), Kühne (physiologie et histologie), Arnold (pathologie), Braun (chirurgie), Erb et Schultze, professeur extraordinaire (pathologie nerveuse).

L'Université d'Iéna (204) trouve son enseignement clinique dans l'hôpital grand-ducal ; elle possède en outre une maternité, un asile d'aliénés, des laboratoires et des musées d'anatomie, de zoologie, de physiologie, de pathologie, de chimie, etc. Schultze y enseigne l'obstétrique, Preyer la physiologie, J. Rossbach, la pathologie et la thérapie), W. Müller, l'anatomie pathologique, C. Bardeleben, professeur extraordinaire, l'anatomie.

L'Université de Kiel (2.7) est pourvue d'un hopital de médecine et de chirurgie, d'une maternité et de divers musées et laboratoires ; elle compte parmi ses professeurs : Hensen (physiologie), Quincke (médecine), Heller (anatomie pathologique), Esmarch (chirurgie),

1 Les chiffres entre parenthèses placés à la suite des noms des facultés indiquent le nombre des élèves pendant le semestre d'été de 1887.

Petersen (chirurgie) et Pansch, professeurs extraordinaires (anatomie).

L'Université de Königsberg (251) est pourvue d'instituts anatomique, pathologique et physiologique, de cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements et d'ophthalmologie, de laboratoires de chimie et de pharmacie, etc. Naunyn y enseigne la médecine, Jacobson l'ophthalmologie; Benecke l'anatomie; Neumann l'anatomie pathologique; Samuel, professeur extraordinaire, la pathologie générale; Hermann, la physiologie, Mickliez, la chirurgie.

L'Université de Leipzig (662) possède des laboratoires de chimie, de physico-chimie et de chimie pathologique ; un institut zoologique avec Leuckhardt pour directeur ; un institut d'anatomie dirigé par His, et un institut de physiologie (directeur : Ludwig), diverses cliniques, etc. Les principaux professeurs de cette Université sont Crédé (accouchements), Flechsig (psychiatrie), Ludwig (physiologie), Birch-Hirschfeld (anatomie pathologique); His (anatomie); Thiersch (chirurgie), Coccius (ophthalmologie), J. Carus (zoologie); Wenzel, professeur extraordinaire (anatomie et histologie), et Leuckhardt (zoologie). Les femmes ne sont admises en Allemagne ni aux cours ni aux examens ; toutefois de 1871 à 1880 quelques-unes avaient été admises par l'Université de Leipzig ; le gouvernement saxon a depuis interdit leur admission.

L'Université de Marburg (247) est pourvue d'un hôpital, et de divers laboratoires pour l'instruction pratique : Roser y enseigne la chirurgie, N. Lieberkühn, l'anatomie; Cramer, la psychologie, Marchand, l'anatomie pathologique et Wigand, la botanique.

L'Université de Rostock (92), une des moins considérables de l'Empire, compte parmi ses professeurs Th. Thierfelder (médecine et thérapeutique), Schatz (accouchements), Brunn (anatomie), A. Thierfelder (anatomie pathologique), Madelung (chirurgie).

L'Université de Strasbourg (222) possède des instituts pour l'enseignement pratique de l'anatomie, de la physiologie expérimentale, de la chimie physiologique, de la pathologie et de la pharmacologie, ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements, de maladies mentales, d'ophthalmologie, de maladies syphilitiques et cutanées (1); au nombre de ses professeurs nous voyons figurer : Schwalbe (anatomie humaine et embryologie); Laqueur (ophthalmologie); Schmiedeberg (pharmacologie); Goltz (physiologie); Hoppe-Seyler (chimie physiologique et pathologique); von Recklinghausen (anatomie, histologie et physiologie pathologiques); Kussmaul (clinique médicale); Freund et Aubenas (obstétrique et gynécologie ; L. Jössel anatomie); Wieger (maladies cutanées et syphilitiques); Strohl; ces quatre derniers anciens professeurs de la Faculté française; O. Schmidt (anatomie comparée); De Bary (botanique); F. Rose (chimie pratique). M. E Bœckel est chirurgien de l'hôpital civil.

L'Université de Tübingen (242) a sous sa dépendance un hopital et divers établissements d'enseignement pratique. P. Bruns y enseigne la chirurgie; von Liebermeister, la médecine et la matière médicale; Henke, l'anatomie; Jürgensen, les maladies des enfants; Grützner, la physiologie; Ziegler, l'anatomie pathologique.

Nous rappelons à nos lecteurs, que M. le Dr R. Blanchard à publié ici même une série de lettres très remarquables sur les Universités en Allemagne (2). Nos lecteurs y trouveront de plus amples renseignements sur l'organisation intérieure des facultés, les bâtiments universitaires, leur budget, les mœurs des etudiants, etc.

Nous ne pouvons nous étendre longuement sur l'enseignement médical en Allemagne. Nous portons du reste, dans le cours de l'année à la connaissance de nos lecteurs tous les changements qui se produisent dans le personnel enseignant ou dans l'organisation des facultés de médecine de l'Allemagne. (3)

Nous ferons toutefois observer que dans presque tous les hôpitaux dépendant des facultés de médecine le personnel est entièrement laïque; chaque professeur de clinique est directeur de son service, et par conséquent de l'hôpital; quand une clinique occupe à elle seule tout un groupe isolé de bâtiments, il est secondé par un économe.

(1) Cette clinique comporte 112 lits, 38 pour les hommes, 72 pour les femmes. Il y a 12 lits par chambre, plus 2 chambres particulières pour les malades que l'on veut isoler. Le sous-sol est occupé par les bains et douches, qui sont séparés pour les deux sexes. Au rez-de-chaussée se trouve la salle de cours où se trouvent les collections, planches, etc., à côté le cabinet du professeur, un petit laboratoire pour les travaux chimiques et la bibliothèque qui sert en même temps de salle de microscopie, et 2 salles de malades au 1er étage. 4 salles de malades et les deux chambres particulières. Au 2e, 4 salles sont réservées aux syphilitiques et vénériennes femmes ; cet étage est mansardé. Le bâtiment contient en outre deux petites cuisines, deux chambres de sœurs et deux chambres d'infirmières. Le bâtiment est chauffé par des calorifères à air chaud et chaque salle est munie d'une cheminée d'aération permettant d'actionner le passage de l'air à l'aide de feux de cheminée.

(2) Ces lettres ont été réunies en un volume de 268 pages, dont le prix est de 4 francs. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75.

(3) Nous avons déjà à plusieurs reprises signalé l'organisation des cours de vacances soit pour les élèves, soit pour les médecins praticiens. Le journal a à plusieurs reprises publié le programme de quelques uns de ces cours. Cet exemple mériterait d'être suivi en France. Voir aussi les articles nécrologiques que nous consacrons aux professeurs allemands.

Notre ami et correspondant Dr Ed... nous a envoyé les renseignements suivants sur les médecins praticiens allemands :

« Les examens terminés, la plupart des médecins vont pour quelque temps dans une grande université pour y trouver l'occasion de se perfectionner dans les spécialités (otologie, laryngoscopie, pédiatrie, etc.). Quoique toutes ces spécialités soient l'objet d'un enseignement théorique et pratique dans presque toutes les petites facultés, le matériel y est ordinairement insuffisant pour y acquérir l'expérience nécessaire. Beaucoup de jeunes médecins se rendent dans les grandes maternités, comme par exemple à Dresde, où ils sont logés et où ils trouvent l'occasion d'assister à un grand nombre d'accouchements normaux et pathologiques. Pendant son temps d'études l'étudiant n'assiste guère qu'à 15 ou 20 accouchements, tandis que dans les grandes universités il peut en voir 30, 40 et davantage, s'il suit avec assiduité la policlinique. Les deux universités où se rendent le plus grand nombre des jeunes médecins sont Vienne et Berlin pour l'enseignement pratique ; la répartition excellente du matériel clinique et pathologique y permet de beaucoup voir et de beaucoup pratiquer. Ceux qui ont plus de temps et d'argent à dépenser se rendent, leurs études terminées, dans un institut petit ou grand pour y faire des recherches scientifiques sous la direction d'un professeur en renom. Ces premiers travaux sont utilisés généralement par la thèse. Nombre de ces thèses paraissent dans des revues connues et en forment un chapitre intéressant Le sujet et a direction de ce premier travail décident souvent de la carrière de l'auteur. — D'autres, soit après leur examen, soit seulement après leur thèse deviennent assistants dans un institut ou dans une clinique universitaire ou non. Leur traitement s'élève dans les universités de 800 à 1500 marks (1), avec ou sans logement, quelquefois avec la pension, le chauffage et l'éclairage. Les premier et second assistants peuvent être assimilés aux chefs de clinique en France, avec les fonctions d'internes en plus. Le premier assistant a, outre la charge des malades confiés à ses soins (20 ou 30), malades souvent choisis dans d'autres salles en vue de l'enseignement, à donner des cours de diagnostic et de percussion. Il est fréquemment Privat-Docent et supplée le professeur en cas d'absence; son initiative varie selon l'importance de la clinique et les chefs de service. Le professeur s'efforce de faire publier le plus grand nombre de travaux par ses assistants; sa propre réputation et son avancement en subissent souvent l'influence. Dans les hôpitaux communaux, ces assistants reçoivent de 800 à 1.000 marks avec l'entretien complet. La place d'assistant de ces hôpitaux peut être comparé à celle d'interne en France, avec cette différence que le premier est mieux rétribué. Une circulaire ministérielle a, il y a trois ans, vivement recommandé à tous les hôpitaux de la Prusse, la création de places pour les médecins qui désirent se perfectionner.

Les médecins praticiens ont encore à leur disposition, une fois établis, les sociétés médicales, dont l'organisation se rapproche sensiblement de celle des sociétés françaises. A Francfort sur le Mein ils ont à leur disposition un institut d'anatomie avec amphithéâtres et collections, un jardin botanique, une bibliothèque, dus à la générosité de Senkenberg; il existe en outre dans cette ville une association dont le but est de faire donner chaque année des conférences sur des questions médicales importantes. — L'existence des bibliothèques médicales circulantes explique le petit nombre d'abonnés que possèdent la plupart des revues allemandes.

Les journaux les plus lus, sont : la *Berliner klinische Wochenschrift*; la *Deustche medicinal Zeitung*, les *Therapeutische Monatshelfte*, et les divers *Centralblatt*. Le prix élevé des *Archiv für Chirurgie, Gynaekologie, Innere Medicin*, etc. fait que ces dernières sont bien moins répandues, quoique le nombre de leurs lecteurs soit assez considérable. Parmi les journaux français nous citerons le *Progrès médical* dont le nombre des lecteurs augmente chez nous chaque année. Les deux journaux anglais les plus appréciés en Allemagne, sont : le *Lancet* et le *British medical Journal*. Nous signalerons encore les revues annuelles sur les progrès de la médecine.

Les médecins militaires déclarés aptes au service, passent une année sous les drapeaux ; et près qu'à chaque promotion à un grade plus élevé, ils sont tenus de faire un nouveau service de six semaines Depuis trois ans ce service est remplacé par une série de cours de vacances de six semaines à l'université; pendant ce temps ils reçoivent la solde attachée à leur grade.

On peut dire avec raison qu'en Allemagne, celui qui veut étudier trouve facilement l'occasion de le faire; les noms que nous avons cités sont une garantie de la valeur des études médicales. L'Etat de son coté contribue à l'amélioration des instituts de médecine, cliniques, etc., qui puissent répondre aux exigences contemporaines. L'enseignement pratique tend de plus en plus à se substituer à l'en-

(1) Le marck vaut 1 fr. 25.

seignement théorique. Les branches spéciales sont enseignées dans les grandes universités.

Les cours pour les médecins praticiens n'avaient lieu jusqu'à ces dernières années dans les villes universitaires que pendant les vacances. Dorénavant ils ont lieu à Berlin durant tout le cours de l'année ; leur durée sera d'un mois. Les cours suivants sont donnés en ce moment : Maladies nerveuses (Eulenburg), otologie (Hartmann et Jacobson), maladies des enfants (Klein), dermotologie (Lassar), médecine (Litten), laryngologie (Lublinsky).

Dans la plupart des Universités, on a actuellement institué des cours de vacances pour les médecins praticiens ; ces cours sont bien suivis dans les grandes Universités (Berlin, par ex.); on fait aussi des cours pendant les semestres d'hiver et d'été qui sont uniquement destinés aux médecins-praticiens ; ce qui donne à ces cours un caractère distinctif, c'est qu'on y a la facilité d'étudier toutes sortes de spécialités, l'ophthalmologie, la neuropathologie, le traitement des maladies des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx, l'électrothérapie, la dermatologie, etc. Ces cours donnent aux jeunes membres du corps enseignant l'occasion d'apprendre à enseigner, ainsi que des bénéfices pécuniaires d'une certaine importance.

Le développement scientifique médical de l'Allemagne est dû en grande partie aux Congrès nombreux qui se transportent de ville en ville. Le Congrès des naturalistes et médecins allemands, qui chaque année siège pendant 8 jours, est le plus important d'entre eux et attire un nombre très considérable de membres. Les séances générales se succèdent et on travaille encore dans les sections : ces dernières cependant ne suffisent pas encore à leur tâche, qui est de permettre aux membres de s'occuper en commun de sujets qui sont plus particulièrement de leur ressort (1).

Il s'est en conséquence fondé des assemblées particulières avec des lieux de réunion spéciaux. Chaque année les neurologistes et psychiâtres viennent à Baden-Baden, les médecins proprement dits à Wiesbaden, les ophthalmologistes à Heidelberg, etc., entendre des conférences et débattre des questions mises à l'ordre du jour à la session précédente. Les anatomistes ont ainsi décidé l'année dernière de fonder une réunion de ce genre. Il y a six mois les chirurgiens de Berlin ont fondé une réunion analogue ; les membres se réunissent une fois par an.

Ces Congrès « *voyageurs* » (Wanderversammlungen) ont une excellente influence sur le perfectionnement scientifique du praticien, au même titre que les Sociétés médicales, qui sont fort nombreuses aussi. Il n'y a pas en Allemagne *un* centre unique d'études médicales, comme Paris l'est pour la France. Les médecins allemands tiennent avec le plus grand soin à conserver les centres *nombreux* d'activité scientifique : le praticien surtout en tire le plus grand profit, car il y a ainsi partout des localités où une activité scientifique très manifeste l'attire et le stimule. Partout, les professeurs des Universités sont les présidents de ces assemblées et occupent le premier rang

Les questions d'ordre non exclusivement scientifique, de déontologie et de législation médicale, ne sont pas discutées dans ces assemblées. Elles sont du ressort du « *Deutscher Aerztetag* » ; cette assemblée est formée par la réunion des délégués des sociétés médicales. Cette assemblée se réunit une fois par an, pour fort peu de temps, et prend rapidement ses décisions, car le travail préparatoire a été fait en général très exactement ; elle n'a qu'une influence morale sur la législation de l'empire.

C. Autriche-Hongrie.

Les Universités de l'Empire Austro-Hongrois qui possèdent des Facultés de médecine et délivrent des diplômes médicaux, sont les suivantes : Vienne (Basse-Autriche), Prague (Bohême), Gratz (Styrie), Innsbrück (Tyrol), Cracovie (Galicie), Pesth (Hongrie), Klausenburg (Hongrie).

Toutes ces Universités relèvent du Gouvernement, et le diplôme de docteur en médecine qu'elles délivrent donne le droit d'exercer dans tout l'Empire. La durée des études exigées pour le doctorat, est de cinq années ; les candidats ont à subir trois examens, qui, sauf une dispense spéciale et rarement accordée, doivent être passés tous dans la même Université. Le premier examen comprend : la physique, la chimie, l'anatomie et la physiologie ; l'examen est théorique sur ces quatre sujets et pratique sur deux d'entre eux, l'anatomie et la physiologie. Le deuxième examen roule sur la pathologie et la thérapeutique générales, l'anatomie pathologique et l'histologie, la pharmacologie, la pathologie et la thérapeutique médicales ; il y a une épreuve pratique d'anatomie pathologique et une épreuve de clinique médicale. Le troisième examen comprend : la chirurgie, l'ophthalmologie, les accouchements et la médecine légale ; l'épreuve clinique porte sur la chirurgie, l'ophthalmologie et les accouchements. Les examens sont publics, et ont tous lieu en présence d'un commissaire du Gouvernement : pour le second et le troisième, un examinateur désigné par le Gouvernement, un soi disant *coexaminator*, est adjoint au jury. Les examens ont lieu en allemand, sauf à Cracovie où ils ont lieu en Polonais, à Prague (faculté tchèque) où ils ont lieu en Bohémien et en Hongrie où ils ont lieu en Hongrois.

L'Université de Vienne est la plus importante de l'Empire. Elle a été fondée en 1365 et a eu, dans le dernier semestre, 5,456 étudiants (ordinaires 4,556 et 1,269 extraordinaires). La Faculté de médecine a été fréquentée dans le même semestre par 2,668 étudiants (ordinaires 2.178 et 490 extraordinaires). Parmi ses professeurs ordinaires se trouvent : Langer et Toldt (anatomie) : Von Brücke (physiologie) ; Von Bamberger (pathologie spéciale et clinique) ; Charles Braun et Breisky (accouchements et gynécologie pour les étudiants) ; Billroth (clinique chirurgicale ; Hofmann (médecine légale) ; Stricker (pathologie générale et expérimentale) ; Meynert (psychiatrie et maladies nerveuses) ; Kundrat (anatomie pathologique) ; Vogl (pharmacologie) ; Nothnagel (médecine interne) ; Albert (chirurgie) ; Stellwag et Fuchs (ophthalmologie) ; Gustave Braun (accouchements pour les sages-femmes) ; Ludwig (chimie médicale) ; Wiederhofer (maladies des enfants). Elle compte en outre parmi ses professeurs extraordinaires : Leidesdorf (psychiatrie) ; Benedikt (maladies du système nerveux) ; Politzer, Gruber et Urbantschitsch (otologie) : Drasche (épidémiologie) ; Laug (maladies de la peau) ; Exner et Fleisch (physiologie) ; Rosenthal (maladies du système nerveux) ; Von Basch (pathologie expérimentale) ; Nowak (hygiène) ; Mosetig-Moorhof, Hofmokl, Ultzmann, Böhm, Salzer et Weinlechner (tous chirurgiens) ; Schnitzler, Stork et Schrötter (laryngologie) ; Schenk (histologie et embryologie) ; Weichselbaum (histologie pathologique, bacteriologique), Stofella (maladies du cœur et des poumons) ; Oser (maladies de l'estomac et de l'intestin ; Winternitz (hydrothérapie) ; Chroback (gynécologie) ; Kaposi (dermatologie) ; Neumann (syphilis) ; Gruber (hygiène) ; etc.

Pendant ce semestre il y aura à la Faculté de Vienne des cours faits par 19 professeurs, 35 professeurs extraordinaires et 61 privat-docents, outre un grand nombre faits en plus par des assistants.

L'hôpital général (*Allgemeine Krankenhaus*) peut recevoir environ 3000 malades ; on y trouve la matière d'un enseignement clinique portant sur toutes les branches de la médecine, sauf la clinique des maladies des enfants, qui se trouve à l'hôpital Sainte-Anne.

Les cours libres sont nombreux et utiles à Vienne ; mais ils sont dispendieux ; et, si l'étudiant peut y employer son temps d'une façon très profitable, il doit en revanche, s'attendre à dépenser des sommes relativement considérables. L'Université de Vienne se prête surtout à l'étude de l'anatomie pathologique, ordinaire ou médico-légale ; le chiffre considérable de douze autopsies par jour n'est pas rare à l'hôpital général.

L'Université de Buda-Pesth, fondée en 1635 à Tyrnau, par le grand patriote Pierre Pazmany, transportée à Ofen en 1777, et enfin transférée à Pesth en 1784, comptait dans le dernier semestre 3,255 étudiants dont 1,095 pour la Faculté de médecine, 91 professeurs (70 ordinaires et 21 extraordinaires) et possédait une bibliothèque de 70.000 volumes. Parmi les professeurs ordinaires de la Faculté de médecine nous citerons : Lenhossék (anatomie) ; Wagner et Korángi (médecine interne) ; Kovacs et Lumnitzer (chirurgie) ; Scheuthauer (anatomie pathologique) ; Mihalcovics (anatomie topographique et histologie) ; Schulek (ophthalmologie) ; Kezmarszki (accouchements) ; Ajtai (médecine légale) ; Balogh (pharmacologie) ; Fodor (hygiène) ; Jendrassik (physiologie) ; Schimmer (dermatologie), etc. Le nombre des professeurs à ladite Faculté est de 20 ; 16 professeurs ordinaires et 4 extraordinaires. Voir *Progrès médical*, n° 42, p. 305, 187.

La faculté de Cracovie, fondée en 1400, possède un personnel enseignant très complet ; nous citerons Adamkiewicz pathologie) ; Rydyzier (chirurgie) ; Browicz (anatomie pathologique) ; Jakabowski (maladies des enfants). Citons encore : Teichmann (Anatomie) ; Madurowicz (accouchements) ; Rydel (ophthalmologie) ; Korczynski (médecine interne) ; Blumenstok (médecine légale) ; Cybulski (physiologie), etc.

L'Université de Gratz 371 possède des instituts d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de zoologie, ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie, d'obstétrique et de gynécologie ; des laboratoires de chimie physiologique et pathologique, un laboratoire de chimie, etc. Elle trouve l'enseignement clinique dans plusieurs établissements hospitaliers, parmi lesquels il faut citer l'hôpital général (700 lits), la maternité (120 lits), l'hopital de la Ville (80 lits) ; l'hôpital des enfants 80 lits) et deux infirmeries (245 lits). Parmi les professeurs de cette Université fondée en 1586, mentionnons R. Von Krafft-Ebing qui enseigne la psychiatrie ; Schroff, la pharmacie ; Helly et P. Borner, professeur extraordinaire, les accouchements ; Eppinger, l'anatomie pathologique ; Rollett (physiologie) ; Blodig (ophthalmologie) ; Rembold (médecine interne) ; Wolfler (chirurgie) ; Schauenstein (médecine légale) et Zuckerkandl (anatomie).

L'Université d'Innsbrück a des laboratoires, des cliniques et di-

(1) Voir ce que nous disions des Congrès en général à propos du *Congrès français* de chirurgie, *Prog. médical*, 1886, nos 43 et 44.

vers autres établissements d'enseignement pratique ; elle dispose en outre d'un hôpital général de 204 lits et d'une maternité de 130 lits. Elle a été fondée en 1497. Parmi les professeurs à la Faculté médicale, citons : Holl (anatomie) ; P. Vintschgau (physiologie) ; Schnabel (ophthalmologie) ; P. Rokitanstky (médecine interne) et Nicoladoni (chirurgie), Ehrendorfer (accouchement et gynécologie) etc.

L'Université de PRAGUE, fondée en 1348, compte environ 2000 étudiants ; elle possède un amphithéâtre d'anatomie, des instituts de pathologie, de physiologie, de chimie médicale et de zoo-chimie, des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie et de dermatologie ; des cliniques obstétricales pour les médecins et pour les sages-femmes, etc. ; ainsi que divers hôpitaux, parmi lesquels nous citerons : l'hôpital général (950 lits) auquel se rattache l'hôpital des Sœurs de Bohême (220 lits) ; l'hôpital Frantz-Joseph, pour les enfants (100 lits) ; l'hôpital général israélite (50 lits) : celui des Frères de la Charité (166 lits) ; celui des Sœurs de Sainte-Elisabeth (60 lits) : l'asile public des aliénés (150 lits) et la maternité qui comprend 22 lits pour les mères et 176 pour les enfants. Dans la liste des professeurs de Prague, on trouve les noms de Hering (physiologie), Gussenbauer (chirurgie) ; de Pribram (médecine) : de Chiari (anatomie pathologique) ; Maschka (médecine légale) ; Knoll (pathologie générale) ; Sattler (ophthalmologie) ; de Kaulich, professeur extraordinaire (maladies des enfants).

Il a été créé récemment à Prague une faculté de médecine de langue tchèque. Cette faculté, encore en voie d'organisation, a, parmi ses professeurs : Schoebl (ophthalmologie) : Streng (gynécologie) ; Spina et Hlava (anatomie pathologique) ; Tomsa (physiologie), Pawlick (accouchements et gynécologie) (1). Les correspondances de notre collaborateur Dagonet sur les Facultés de Prague (2) nous dispensent d'entrer dans de plus amples détails sur l'enseignement médical en Autriche-Hongrie.

L'organisation des autres facultés ne diffère que par quelques détails insignifiants. L'admission des femmes dans les universités de l'Autriche, tolérée pendant quelque temps, est actuellement interdite.

Quant à l'Université d'AGRAM (Croatie) elle ne possède pas de Faculté médicale ; elle ne possède qu'une clinique obstétricale pour les sages-femmes. Le directeur de cette clinique est : Lobmayer. En outre elle possède un cours pour les étudiants en pharmacie. L'Université d'Agram fut fondée en 1870 et est nommée : Université François-Joseph, 400-500 étudiants.

Les universités de LEMBERG et de CZERNOWITZ (Lemberg en Galicie, Czernowitz en Bukowina) ne possèdent pas de facultés médicales non plus ; l'Université de Czernowitz a été fondée en 1875 (3).

D. Suisse.

Les quatre universités Suisses (Bâle, Berne, Genève, Zürich) confèrent le grade de docteur en médecine, mais ce grade universitaire ne donne pas le droit de pratiquer la médecine en Suisse. La patente de médecin praticien fédéral est obtenue à la suite d'un examen d'état que font passer des commissions fédérales d'examens nommées par un comité directeur siégeant à Bâle. A côté de ce titre de médecin fédéral permettant d'exercer la médecine dans toute la Suisse et d'occuper des positions médicales officielles et d'être médecin militaire, chaque canton peut autoriser la pratique médicale sur son territoire. Quelques cantons jouissent même du libre exercice de la médecine : le grade de docteur en médecine de Genève donne le droit d'exercer la médecine dans ce canton ; mais n'est pas valable pour toute la Suisse.

Les examens qui confèrent le droit d'exercer dans toute la Suisse se divisent en deux parties. Le premier (*propedeutique*) comprend des épreuves pratiques d'anatomie et d'histologie humaine, et un examen oral sur la physique, la chimie, la botanique, la zoologie et l'anatomie comparée, l'anatomie et l'histologie, la physiologie.

Le deuxième et dernier examen (*professionnel*) se divise en un examen pratique et en un examen oral. Le premier comprend : 1° L'examen de deux malades de médecine, de deux malades de chirurgie, d'un malade d'ophthalmologie et d'une malade d'accouchements. 2° Une consultation écrite sur l'un des deux cas de médecine et l'un des deux de chirurgie. 3° Une autopsie avec conclusions et préparation microscopique. 4° Deux opérations, et épreuves obstétricales sur le mannequin. 5° Examen écrit de médecine légale, de police sanitaire ou d'hygiène.

L'examen oral comprend la physiologie, la pathologie générale et l'anatomie pathologique ; la pathologie spéciale et la thérapeutique, y compris les maladies des enfants et la psychiatrie ; la chirurgie, l'ophthalmologie ; l'obstétrique et la gynécologie ; l'hygiène et la médecine légale ; la matière médicale. L'organisation des facultés suisses est à peu près la même que celle des facultés allemandes.

La faculté de BÂLE (101), fondée en 1460, possède un hôpital qui contient des cliniques de médecine et de chirurgie, d'accouchements, des maladies des yeux et des maladies mentales ; elle possède également un hôpital d'enfants et des instituts pratiques de physiologie, de pathologie, de chimie et de botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Socin (chirurgie), Immermann (médecine), Bischoff (obstétrique), Miescher fils (physiologie), Roth (anatomie pathologique), Wille (psychiatrie), Schiess (ophthalmologie), Kollmann (anatomie), Rutimeyer (histoire naturelle), Bung (chimie), etc. C'est la seule faculté suisse où les femmes ne soient pas admises.

La faculté de BERNE (186) possède également des cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, ainsi que des cliniques spéciales et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Kocher (chirurgie) ; Lichtheim (médecine) ; P. Müller (obstétrique et gynécologie) ; Langhans (anatomie pathologique), Vogt (hygiène) ; Pfluger (ophthalmologie) ; Emmert (médecine légale) ; Demme, professeur extraordinaire (maladies des enfants) ; Stasser (anatomie) ; H. Kronecker (physiologie) ; Nencki (chimie physiologique) ; Schwarzenbach y enseigne la chimie. — Nous signalerons tout spécialement la maternité de Berne construite, il y a quelques années, dans les meilleures conditions possibles. Les élèves s'y inscrivent pour y demeurer à tour de rôle pendant un mois, et sont appelés pour les accouchements et toutes les opérations qui s'y font. Un assistant est spécialement attaché au service des salles affectées aux femmes atteintes d'infection puerpérale, s'il s'en présente. Le professeur Müller est directeur de cette maternité ; il a sous ses ordres un économe.

La Faculté de GENÈVE (101 (1) possède des laboratoires d'anatomie normale et pathologique, de physiologie, de chimie, de physique, fort bien installés. L'hôpital Cantonal, la maternité, l'asile des aliénés, l'hôpital ophthalmique, la policlinique, la morgue judiciaire sont les établissements qui servent à l'enseignement pratique des diverses branches de la médecine. Les études sont organisées d'après le système de la liberté d'études, sans qu'il y ait une division tranchée par années. Six ans sont considérés comme le temps approximativement nécessaire pour parcourir le champ d'études et être préparé à subir les examens de docteur. Les professeurs sont : MM Laskowski (anatomie), Schiff (physiologie), Zahn (anatomie pathologique), Revilliod (clinique médicale), Julliard (clinique chirurgicale), Vaucher (clinique obstétricale et gynécologique), Vulliet (policlinique), D'Espine (pathologie interne), Reverdin (pathologie externe et médecine opératoire), Prevost (thérapeutique), Dunant (hygiène), Brun (matière médicale), Gosse (médecine légale), Olivet (psychiatrie) ; Jentzer (gynécologie opératoire sur le cadavre), A. Reverdin (pansements et appareils). — Parmi les Privat-Docent nous citerons Barde et Haltenhoff (ophthalmologie), E. Chenevière (accouchements), Ed. Martin (voies urinaires), Ladame (électrothérapie). M. Carl Vogt enseigne à la Faculté des sciences la zoologie et l'anatomie comparée ; C. Yung, la zoologie générale ; Græbe et D. Monnier la chimie ; Wartmann et Raoul Pictet, la physique. Il existe à Genève une école supérieure de chimie fondée en 1879, et une école dentaire ouverte depuis quatre ans.

La ville de LAUSANNE (Vaud) (1) possède une école préparatoire de médecine confondue avec la faculté des sciences ; l'anatomie avec exercices de dissection, la physiologie, l'hygiène, la pharmacie, l'histologie générale y sont les principales branches enseignées. On peut y subir l'examen propédeutique.

L'université de ZÜRICH (201) possède un hôpital général, un hôpital d'enfants, une maternité, et des laboratoires de pathologie, de physiologie, d'anatomie, de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Meyer (anatomie), Frey (histologie), Klebs (anatomie pathologique), Eichhorst (clinique médicale), Haab (ophthalmologie), Krönlein (chirurgie), Frankenhaeuser (obstétrique), Wyss (pédiatrie et hygiène), Forel (psychiatrie), Hans Von Wyss, privat-docent (médecine légale). Un grand laboratoire d'anatomie pathologique (bâtiment spécial, pourvu de tout le matériel nécessaire a été bâti, il y a deux ans. Tous les malades morts dans les hôpitaux et asiles cantonaux sont autopsiés. On construit en ce moment un laboratoire nouveau pour la physique et la physiologie. Les hôpitaux sont tous et entièrement laïques et dirigés par des médecins. L'hôpital cantonal possède des pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses (variole, fièvre typhoïde, etc.). Les élèves de la clinique d'accouchements sont appelés à tour de rôle, par le concierge pour aller assister aux accouchements.

Il existe dans le canton de Zürich deux asiles d'aliénés ; Burghögli pour les curables (350 lits) dont le médecin directeur est M. Forel, professeur de psychiatrie, et Rheinau pour les incurables (650 lits). Des chambres mortuaires existent à l'institut d'anatomie pathologique, à l'institut d'anatomie, à l'asile de Burghogli et en ville.

La méthode antiseptique est naturellement employée à la clinique

(1) Voir pour plus de détails, *Progrès médical*, n° 34, 22 août 1885, *Cours pour les médecins praticiens*.

(2) Voir *Progrès médical*, 1884 : Une visite à la clinique du professeur Gussenbauer. Les facultés de médecine de Prague. La Gebaeranstalt, n°s 27, 36, 37, 38.

(3) Pour se rendre compte du rapide développement des études médicales à Vienne et en Autriche-Hongrie, comparer les renseignements fournis à ce sujet aujourd'hui avec ceux que donne le *Numéro des Étudiants* de 1885.

(1) Voir page 3[illegible].

chirurgicale. M. Krönlein qui avait abandonné le Spray, l'a repris à cause des affections septicémiques causées par les étudiants; avant chaque opération il fait désinfecter la salle; il emploie de préférence la gaze iodoformée et la gaze salicylique pour les pansements; pour les opérations faites dans la cavité abdominale il use d'une solution de sublimé (1/1000) qui est aussi employée à la clinique d'accouchements. Les assistants de l'hôpital cantonal donnent de petits cours pour les infirmiers et les infirmières. (1)

E. Hollande.

La médecine est enseignée en Hollande aux trois Universités de l'État : Groningue, Leyde, d'Utrecht et à l'Université communale d'Amsterdam ; cette dernière, a succédé à l'ancien Athénée, école supérieure, qui a existé presque deux siècles et demi, et, quoiqu'elle ne possède pas le *jus promovendi*, elle a déjà surpassé l'Université de Leyde au point de vue du nombre d'étudiants. Il n'y a plus d'école médico-militaire spéciale. Ceux qui aspirent à une place d'officier de santé (*officier van gezondheid*, titre réservé au corps de santé militaire) dans l'armée de terre, de mer ou des colonies, peuvent étudier dans n'importe quelle Université. Dans chacune des quatre villes se trouvent un hôpital académique et des laboratoires de physique, chimie, zoologie, botanique, d'anatomie, de physiologie, d'anatomie pathologique et de pharmacie; à Amsterdam, il y a en plus des laboratoires de pathologie expérimentale et d'hygiène. Les hôpitaux académiques sont tous et entièrement *laïques*. Il y a quatre classes de professeur en Hollande : le professeur ordinaire et le professeur extraordinaire (professeurs titulaires ou *professor*), le *lector* et le *privat docent*. Les professeurs titulaires peuvent enseigner plusieurs matières; il ne leur est pas permis de se livrer à la pratique, excepté à la *pratique consultative*. Les droits à payer pour l'enseignement s'élèvent à deux cents florins par an. Celui qui pendant quatre ans a payé ces droits est pour le reste de ses études libre de toute contribution. Les étudiants obtiennent exclusivement le *droit de pratique* après avoir reçu le titre d'*arts* (c. à d. médecin, chirurgie et accoucheur) titre accordé après un examen pratique par une commission, nommée annuellement par le roi. C'est également ce titre qui est nécessaire pour être nommé officier de santé. Après être nommés, les jeunes officiers de santé sont placés pendant quelques mois à l'hôpital militaire d'Amsterdam pour apprendre le service militaire. Le titre d'*arts* (créé par la loi de 1865 qui a mis fin à l'ancien régime) étant le seul nécessaire pour avoir le *droit de pratique*, beaucoup d'étudiants n'aspirent plus au titre de docteur en médecine, devenu exclusivement titre scientifique, qui ne donne nul droit. De l'ancien régime résulte une multiplicité très grande de titres et de grades auxquels la loi a réservé les droits acquis. Les voici : docteurs en médecine, en chirurgie et en obstétrique *(medicinæ, chirurgiæ, et artis obstetricæ doctoræ)*, tous trois distincts ; le médecin chirurgien-accoucheur, *genees-heel-en verloskuntije* ; l'officier de santé (de l'ancien régime) ; le simple accoucheur, *verlostcundije* ; tous ces titres et grades donnaient lieu jadis à des études et à des examens différents. — On est admis étudiant en médecine après avoir parcouru avec succès les six classes d'une école latine, *gymnasium*, (le latin, le grec, le hollandais, le français, l'allemand, l'anglais, histoire, géographie, sciences mathématiques, un peu d'histoire naturelle, de physique et de chimie); ou après un examen équivalent à celui qu'on exige des élèves de la sixième classe du *gymnasium* ; ou bien après avoir parcouru une école moyenne supérieure ; après avoir parcouru seulement quatre classes de l'école latine; ou enfin après l'*Examen littéraire-mathématique* (le hollandais, le français, l'allemand, sciences mathématiques). Les étudiants, qui ont suivi la première ou la deuxième voie seulement, peuvent aspirer plus tard au titre de docteur en médecine. Depuis des années, tout le monde demande une simplification dans les conditions d'admission à l'Université, mais il est à craindre qu'elle ne se fasse attendre encore longtemps. Selon la loi, le grade de docteur en médecine peut être demandé seul, tandis que ceux de docteur en chirurgie ou en obstétrique ne peuvent être accordés qu'aux candidats munis du premier. Cependant, parce que le diplôme d'*arts* suffit pour exercer la chirurgie et l'obstétrique, les deux derniers doctorats ne sont presque jamais demandés. Les femmes sont admises à l'Université et peuvent y obtenir tous les grades; toutefois parmi les étudiants il y en a très-peu. A l'Université, l'étudiant, qui veut aspirer au grade de docteur en médecine, passe les examens suivants : 1° *propédeutique* (botanique, zoologie, anatomie comparée, physique, chimie, minéralogie, après deux ans) ; 2° examen pour le grade de *medicinæ candidatus* anatomie, physiologie, histologie, pharmacologie, pathologie générale, après deux ans) ; 3° examen pour le grade de *medicinæ doctorandus* pathologie interne (théorique et pratique), chirurgie (théorique) l'art des accouchements (théorique), anatomie pathologique (théorique et pratique), pharmaco-dynamie, hygiène après deux ans. Les autres étudiants passent des examens analogues, mais qui ne donnent pas droit aux grades de *medicinæ candidatus* et *medicinæ doctorandus*. Ordinairement, l'étudiant se soumet à l'examen pratique d'*arts* un an après le troisième des examens cités. Après une thèse de doctorat, la Faculté accorde le titre de docteur en médecine à ceux de la première catégorie d'étudiants qui ont passé les trois examens mentionnés plus haut, Presque tous soutiennent leur thèse après avoir obtenu le diplôme d'*arts*, quoiqu'on ait le droit d'être reçu docteur avant. Les dentistes et les sages-femmes obtiennent après un examen spécial le droit, les premiers d'exercer la pratique de la médecine et la chirurgie de la bouche; les dernières de surveiller les accouchements et d'assister aux cas normaux (il ne leur est pas permis d'employer des instruments, excepté la seringue pour les lavements et la sonde).

F. Danemark.

Le siège de la Faculté est à Copenhague. Tout étudiant peut librement suivre les cours après s'être fait inscrire; les femmes y sont admises ; mais il faut être Danois pour obtenir à la suite des examens réglementaires le droit d'exercer.

Il y a deux titres, le *kandidat* et le *doctor*. Le premier représente la presque universalité des médecins du pays, le second est réservé pour ceux qui aspirent à l'enseignement et à des fonctions administratives élevées. A la rigueur un kandidat pourrait être nommé professeur par une simple ordonnance royale, mais depuis quelque temps déjà, les chaires sont données au concours. Il faut ajouter que le médecin ne peut pratiquer l'art des accouchements qu'après un stage à la maternité. Quand on a passé tous ses examens on est *kandidat*; donc tous les médecins sont kandidats, et nul autre titre est nécessaire pour exercer la médecine. Le titre de docteur est purement scientifique. Il donne le droit de professer à la faculté en qualité de « *privat docent* » ; mais ce n'est qu'une petite minorité des docteurs qui usent de ce droit, la plupart regardant ce titre seulement comme une qualification scientifique ou une recommandation à des emplois officiels. Il existe, depuis 15 ou 16 ans, un corps de censeurs, élus par le ministre de l'instruction publique, et dont deux membres, avec le professeur examinant, forment le jury d'examen à chaque séance. Pour être reçu docteur, il faut avoir obtenu le *premier caractère* à l'examen de kandidat, et présenter une thèse, qui est soumise d'abord à la censure de la Faculté et que l'on défend ensuite contre deux professeurs et même contre les auditeurs. Le jury du concours pour les professeurs se compose du doyen et quatre autres professeurs de la Faculté et de trois membres élus par la Société de médecine de Copenhague (mais non forcément pris parmi les membres de la Société).

La durée des études est ordinairement de six ou sept ans. L'enseignement théorique est donné dans les anciens bâtiments de l'Académie de Chirurgie, où se trouvent aussi l'Institut qui comprend l'amphithéâtre d'anatomie et le laboratoire de physiologie naguère professé par le savant et regretté Panum dont nous avons récemment enregistré la mort, un amphithéâtre d'anatomie, des collections d'anatomie normale et pathologique, d'instruments de chirurgie et de matière médicale. L'enseignement clinique est fourni à l'hôpital clinique (Frederiks-Hospital), où quatre professeurs de la Faculté remplissent les fonctions de chefs des divers services, deux de médecine interne et deux de chirurgie. Un enseignement clinique supplémentaire est fourni par les médecins en chef de l'hôpital de la ville; il comprend six services (deux de médecine interne, deux de chirurgie, un de maladies de la peau et de syphilis, un de maladies nerveuses et mentales). Les médecins, sans être ordinairement membres de la Faculté, (quoique ils peuvent être pris parmi ceux-ci), sont obligés de faire un enseignement clinique. Les médecins en chef de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital des Incurables font également un enseignement clinique.

L'hôpital de la ville (kommune hospitalet) qui est situé en aussi plate plaine que possible est bon et bien aménagé; mais, il date déjà de 1863. Dans chaque service, le personnel médical est composé d'un médecin ou chirurgien en chef, d'un médecin ou chirurgien adjoint, d'internes et d'externes fixes et ordinaires. Les médecins sont nommés par l'administration de la ville. En général, la hiérarchie est observée : un externe peut devenir externe fixe, puis interne, puis médecin adjoint, puis médecin en chef. Les externes comprennent la totalité des étudiants. Le mode d'élection des internes a subi des modifications dans ces dernières années; mais il est assez compliqué et ne saurait être compris sans un assez long développement. La plupart du temps les internes sont déjà reçus médecins (*kandidats*). A l'hôpital Frédérik, les médecins en chef sont inamovibles, quoique leur *appointement* doive être renouvelé tous les six ans. A l'hôpital de la ville les médecins et chirurgiens en chef d'un hôpital sont nommés pour six ans seulement, les médecins adjoints pour trois ans; d'où il suit qu'un médecin

(1) Nous sommes redevables à l'obligeance de M. Forel de la plupart des renseignements que nous publions sur la faculté de Zürich.

d'hôpital n'y peut demeurer plus de neuf années. Mais les médecins en chef peuvent être nommés de nouveau pour six ans, même plusieurs fois de suite; ils le sont ordinairement deux, trois, même quatre fois.

Il y a un cercle des étudiants à Copenhague; il possède une belle maison avec des locaux convenables (salles de réunion, salles à manger, salle des fêtes, salles de lecture, bibliothèque, etc.).

L'enseignement de la médecine est gratuit. — Il a été fondé récemment à l'Université un laboratoire de bactériologie pathologique dirigé par Salomonssen.

G. Suède.

Il y a en Suède trois Ecoles de médecine; deux Facultés relèvent des Universités d'Upsal (1477) et de Lund (1668), et l'Institut médico-chirurgical de Stockholm (Karolinska Institutet). Ces troisécoles possèdent des musées d'anatomie normale et pathologique, des collections de produits chimiques et de préparations pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie et d'obstétrique, des laboratoires de physiologie et de pathologie, etc. Pour être admis à la Faculté de médecine, l'élu doit passer devant la Faculté de philosophie le « Medico-filosofe Examen. » Les femmes sont admises à l'Université.

Ces trois écoles donnent les diplômes de candidat (*kandidat*) et de licencié (*licentiale*) en médecine, les deux Facultés seules délivrent le diplôme de docteur.

Ces trois écoles donnent les diplômes de candidat en médecine (*medicine kandidat*), de licencié en médecine (*medicine licential*), mais les deux Facultés délivrent le seul diplôme de docteur, encore bien que la thèse puisse être soutenue à l'Institut de Stockholm. La délivrance du parchemin est donc seule demeurée aux Facultés.

Le grade de *kandidat* n'est qu'un degré; il ne donne pas le droit d'exercice; mais les étudiants pourvus de ce titre, pourraient être accidentellement désignés pour occuper pendant quelque temps, et à titre provisoire, un emploi dans l'armée, ou dans la marine, et aux colonies, en cas de guerre par exemple. Le diplôme de licencié comporte le droit de pratique dans le sens le plus complet du mot.

Le diplôme de docteur est réservé pour obtenir le titre de professeur, titulaire, adjoint, ou *privat-docent*, de même que pour les hautes fonctions médicales, le conseil de santé, etc. L'enseignement de la médecine est entièrement gratuit; la loi n'a établi ni de distinction de sexe, ni de limites d'âge.

Les études complètes ne demandent pas moins de huit à neuf années. L'examen de *kandidat* comprend l'anatomie, la physiologie, la chimie médicale, la pathologie générale, l'histoire de la médecine; mais avant de passer l'examen public devant les professeurs réunis, l'élève passe un examen particulier avec chacun des professeurs En cas de refus, il peut, il est vrai, demander l'examen public, mais cela est fort rare. D'autre part, il n'y a point de temps fixé pour les études, l'élève peut se présenter aux examens dès qu'il se croit prêt, à toutes les époques de l'année hors le temps des vacances. Reçu *kandidat*, l'élève ne va pas à l'hôpital auparavant, il doit passer six mois dans chacune des cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale des Facultés, cliniques dites préparatoires, huit mois dans les cliniques médicale et chirurgicale de Stockholm, quatre mois dans le service d'accouchements et dans l'hôpital des enfants, deux dans la clinique syphilitique, deux dans une clinique de maladies mentales. Il peut alors se présenter aux examens particuliers de *licentiat*, puis aux examens publics, et il est reçu s'il a obtenu la mention *approbatur*, pour chaque matière, mention la plus faible des examens.

Pour être reçu docteur, il soutient une thèse, devant tous les professeurs titulaires de l'école. Le jury désigne un opposant qui argumente en son nom, et le postulant également. Toute personne présente d'ailleurs, peut faire des objections au candidat. Il y a en quelque sorte deux épreuves. L'une consiste dans la composition et la rédaction de la thèse, l'autre dans la manière dont elle a été soutenue et pour obtenir le diplome de docteur, la mention *approbatur* est indispensable pour ces deux épreuves.

Le mode de nomination des professeurs consiste dans la soutenance d'une thèse sur un sujet de la matière de la chaire, et en deux conférences, l'une sur un sujet qu'il a étudié antérieurement, l'autre sur un sujet choisi par lui, sur une liste arrêtée par l'école huit jours auparavant. Tous les professeurs titulaires votent au scrutin secret, et les candidats sont présentés au chancelier par ordre de mérite.

H. Norvège.

Il n'y a en Norvège qu'une seule école de médecine; elle dépend de l'Université de Christiania. L'enseignement théorique est donné à l'Université; l'enseignement clinique est donné à l'hôpital général et à la Maternité à laquelle est annexé un hopital d'enfants. Deux asiles d'aliénés servent à l'enseignement de la psychiatrie; les maladies chroniques sont traitées et étudiées à l'hôpital de la Ville. Il y a des travaux pratiques de chimie, de botanique et d'anatomie. Avant son immatriculation, l'étudiant doit subir deux examens préliminaires. Trois examens professionnels sont nécessaires à l'obtention de la licence ou permis d'exercer. Les candidats au titre de docteur doivent, une fois en possession de la licence, subir un quatrième examen, et présenter et soutenir une thèse.

I. Finlande.

La Finlande a une université; fondée en 1640 à Abt, où elle était placée jusqu'à 1827, elle fut, à cette époque transportée, par suite d'une incendie, à Helsingfors, capitale du pays. Les professeurs font leurs cours en suédois; quelques-uns cependant en finnois.

A présent les étudiants inscrits à l'université sont au nombre de 1,790, dont 112 étudiants en médecine. Pour être admis à la faculté de médecine, l'étudiant doit passer d'abord devant la faculté des sciences l'examen de candidat en philosophie (filosofie-kandidat-examen), comprenant deux épreuves par écrit, l'une traduction en langue étrangère (l'allemand, le français, l'anglais ou le latin), l'autre une composition dans la langue maternelle sur un sujet donné par la faculté; de plus un examen oral. Celui-ci comprend la chimie, la physique, la botanique, la zoologie et une branche de la faculté des lettres. Pour chaque matière il y a les trois mentions : « approbatur, cum laude approbatur, laudatur » et on n'est reçu qu'à la condition d'avoir obtenu pour deux de ces matières la mention laudatur ou bien pour une : laudatur et pour deux : « cum laude approbatur ». Avant de passer l'examen public devant les professeurs réunis et être déclaré candidat en philosophie, l'élève doit subir un examen particulier devant chacun des professeurs. Le temps nécessaire à un étudiant pour se préparer à cet examen est de 2 à 3 ans. Admis maintenant à la faculté de médecine, il s'occupe des travaux pratiques d'anatomie et de travaux semblables au laboratoire de physiologie. Au bout de deux ans environ, il se présente à l'examen de candidat en médecine (medicine-kandidat-examen) qui comprend d'abord une épreuve particulière et orale en anatomie, physiologie, chimie physiologique et pharmacologie, puis un examen public sur les mêmes matières. Reçu à cet examen où l'on donne des mentions pareilles à celles de l'examen de candidat en philosophie, il commence son stage dans les cliniques, à savoir : neuf mois à la clinique médicale, huit mois à celle de chirurgie, cinq mois au service d'accouchement et trois mois à chacune des cliniques syphilitiques, ophthalmologique et des maladies mentales. Tout candidat doit, pendant son stage, examiner des patients et faire des observations sur leurs maladies; de plus faire des travaux pratiques d'anatomie pathologique (autopsies et microscopie). Cela fait, il se présente enfin aux examens particuliers, puis publics de licencié (medicine-licentiat) dans les branches mentionnées de la médecine, plus la médecine légale. Ce grade donne le droit d'exercice sans restriction et la compétence d'occuper les emplois médicaux d'état.

Pour gagner le titre de docteur, il rédige une thèse et la soutient publiquement devant la faculté, laquelle désigne un opposant qui examine la thèse et prononce un jugement là-dessus. Des objections peuvent être faites en outre par n'importe quel auditeur.

Les études complètes de médecine à l'université de Helsingfors exigent au moins un temps de huit à dix ans.

Les professeurs sont : Pippingskold (obstétrique et maladies d'enfance); Hallstén (Physiologie); Runeberg (Clinique médicale); Salzmann (Clinique chirurgicale); Asp (Anatomie); Homen (Anatomie pathologique et médecine légale); Sundvik (Chimie physiologique et pharmacologie). Les agrégés sont : MM. Schultén (Chirurgie); Holsti (Médecine interne); Wahlfors (Ophthalmologie); Smirnoff (Syphiliographie); Stenback (Obstétrique); Engstrom (Gynecologie); Heinricius (Obstétrique); Lundstrom (Syphiliographie); Nordman (Ophthalmologie); Sucksdorff (Hygiène); Pipping (Pathologie générale).

J. Italie.

Les Facultés de médecine italienne sont réglés par la loi du 13 novembre 1859, modifiée depuis par divers arrêtés. Elles sont au nombre de 20. Voici les plus importantes : Rome, Bologne, Naples, Palerme, Gênes, Turin, Padoue, Pavie, Florence et Pise. Celles-ci sont officielles, complètes, et comptent le plus grand nombre d'étudiants. Moins importantes, mais aussi officielles, sont celles de Modène, Parme, Sassari, Cagliari, Messine, Catane et Sienne. Les Facultés libres et incomplètes sont Perugia et Camerino (4 ans de cours), Ferrare (2 ans). Actuellement, la durée des études est de six ans au moins; après ce laps de temps on obtient la licence complète qui permet d'exercer sur toute l'étendue du territoire. Presque tous les cours sont obligatoires (trois seulement sont facultatifs); parmi les études obligatoires figurent les manipulations de physique, de chimie et de pharmacie, les exercices pratiques d'ophthalmologie et de dermatologie et la clinique des maladies mentales. M. Bacelli a rétabli, en 1882, les examens spéciaux et généraux au commencement et à la fin de chaque année scolaire; le dernier examen est celui de doctorat.

« La nomination des professeurs ordinaires, dit M. Bizzozero (1), a lieu de différentes façons. Tout d'abord, le ministre peut nommer directement ceux qui se sont fait connaître par des travaux, des découvertes, et des cours dans les matières qu'ils doivent enseigner. Le ministre, cependant, n'use de ce pouvoir que dans des cas extrêmement rares, et la nomination a lieu le plus souvent par concours. Les règles des concours pour les chaires ont beaucoup varié sous les différents ministères. D'après le règlement en vigueur du 26 mai 1882, lorsque le concours est ouvert, le ministre nomme la commission du jury, en choisissant les membres selon les propositions faites par la Faculté où la chaire est vacante. La commission peut se composer de cinq à neuf membres, et sa majorité doit être constituée par des professeurs ordinaires enseignant la même matière que celle du concours. Un seul des membres de la commission peut être choisi parmi les membres de la Faculté qui l'a proposé. La commission, après avoir examiné les titres des concurrents (travaux publiés, cours faits, places occupées) distingue les éligibles des non-éligibles, et place les noms des premiers par ordre de mérite ; d'habitude le ministre nomme le premier de la liste. — Si la commission n'a pas trouvé quelqu'un d'éligible par titres, elle passe à l'épreuve d'examen, qui consiste : dans une controverse sur un mémoire présenté par le concurrent, dans une leçon, et dans un ou plusieurs exercices pratiques, si la nature de la matière mise en concours le permet. Dans cette dernière forme de concours, le premier proposé par la commission est également choisi d'habitude par le ministre, mais il est simplement nommé professeur extraordinaire. Ces règles, pour la nomination des professeurs, ont donné en général de bons résultats en Italie, et c'est particulièrement à elle qu'on doit ce réveil scientifique remarquable qu'on observe dans nos Universités. Il y a lieu de croire en effet que ce système italien est meilleur que le système allemand, autrichien, etc., selon lequel le choix du professeur à nommer est fait par la Faculté ; car, selon notre système, le jugement scientifique est porté par des juges plus compétents, c'est-à-dire par ceux qui sont ou qui devraient être les meilleurs maîtres de la matière mise au concours, et en outre ces juges, appelés des différentes Universités du royaume dans la capitale, peuvent échapper plus facilement aux petites intrigues des Facultés, et aux sollicitations des candidats. »

La Faculté de Turin (1500 étudiants) possède des cliniques ophtalmologique, mentale, dermatologique, orthopédique, syphiligraphique, obstétricale, etc. ; des instituts anatomo-pathologique (quatre autopsies par jour environ) et anatomique, des laboratoires d'hygiène, de médecine légale (autopsies judiciaires à la Morgue), de matière médicale, de pathologie générale, de physiologie, etc. Les principaux professeurs sont : Bizzozero (pathologie générale et histologie), Mosso (physiologie), Perroncito (parasitologie), Sperino (syphiligraphie), etc.

La Faculté de Naples qui compte près de 1.500 étudiants est aussi largement pourvue de laboratoires, instituts, cliniques, etc., qui sont dirigés par des professeurs dont beaucoup sont connus de nos lecteurs.

La Faculté de médecine de Gênes, complètement modifiée dans ces dernières annés, se trouve aujourd'hui dans un état de prospérité qui, jusqu'à présent, a peu d'analogue dans les autres Universités d'Italie. Grâce à la libéralité de la commune et de la province, elle n'a plus rien à envier. Le nombre des étudiants est de 800. Les enseignements donnés par la Faculté de médecine de la ville de Gênes sont les suivants : *Anatomie humaine* : Beisso, T. — *Anatomie et Physiologie comparée* : Parona. — *Chimie* : Finollo. — *Physiologie* : Fano. — *Pathologie générale* : Salvioli. — *Matière médicale et Pharmacologie* : Pellacani. — *Anatomie topographique* : Beisso. — *Anatomie Chirurgique* : Garibaldi. — *Clinique médicale générale* : Maragliano, E. — *Pathologie spéciale et clinique médicale propédeutique* : Queirolo. — *Clinique chirurgicale, opération* : Caselli. — *Pathologie spéciale et clinique chirurgique propédeutique* : Ceci. — *Anatomie pathologique* : Salvioli. — *Accouchements et gynécologie* : Macari. — *Clinique ophthalmologique* : Secondi. — *Clinique dermosyphilopathique* : Campana. — *Clinique mentale* : Maragliano D. — *Médecine légale* : Severi. Il y a plusieurs autres cours libres de *petite Chirurgie et bandages* : Motta. — *Histologie normale* : Salvioli. — *Parasitologie humaine* ; Parona. — *Opérations sur le cadavre* : Sacchi. — *Laringologie* : Masini. — *Thérapeutique générale* : Pellacani. A ces divers chaires sont annexés des laboratoires et des cabinets scientifiques riches d'instruments d'observation et de démonstration : L'anatomie, la physiologie, la pathologie générale, l'anatomie pathologique, les instituts de clinique médicale et de clinique chirurgicale, les cliniques spéciales, etc., ont respectivement, toutes, un laboratoire. Sont en voie de construction, et dans peu de temps seront terminés, les grands locaux dans lesquels seront établis les instituts biologiques. Dans l'institut de clinique médicale sont reçus pendant une année scolaire bien plus de 700 malades. En outre, aucune clinique médicale, en Italie, est en possession d'un laboratoire aussi riche en moyens d'étude, que celui de Gênes. Dans l'institut chirurgical on fait tous les ans plus de 400 opérations ; plus de 500 cadavres sont fournis à l'institut d anatomie pathologique pour les autopsies. A la Faculté, on a annexé la Royale Académie des sciences médicales de Gênes, laquelle tient ses séances publiques une fois chaque semaine : tous les mois un journal périodique publie les actes de cette académie.

(1) Bizzozero. — *De l'enseignement de la médecine en Italie Archives italiennes de Biologie*, 20 mai 1883.

K. Portugal.

Il existe en Portugal plusieurs grades médicaux. Le grade de bachelier (*bacharel*), inhérent à la réception à l'examen de la fin de la 4e année, celui de bachelier formé (*bacharel formado*), délivré à la suite de l'examen définitif de la 5e année, et donnant le droit d'exercer sur toute l'étendue du territoire portugais, celui de licencié (*licenciado*) (1). Le titre de *docteur* peut être obtenu par les licenciés à la suite de la soutenance d'une thèse dont le sujet est choisi par le candidat. Tous ces titres sont délivrés par la Faculté de Médecine de Coimbre. On trouvera encore en Portugal les titres de chirurgien ou médecin-chirurgien (*cirurgio*) formé par les écoles médico-chirurgicales de Lisbonne et de Porto, et d'officier de santé (*cirurgio ministrante* ou *licenciado minore*) nommé soit par la Faculté, soit par les écoles secondaires de Goa et de Madère. Ces grades divers ne donnent aucun privilège, quant à l'exercice de la médecine, cependant les officiers de santé ne peuvent exercer la médecine que dans la province, la colonie ou le district où ils sont établis.

Le programme des études varie nécessairement selon le grade recherché par l'étudiant. Il faut cinq années au moins, soit à la Faculté, soit dans les écoles, pour obtenir le diplôme de médecin-chirurgien ou de licencié. De même, soit dans les écoles, soit à la Faculté, la thèse est soutenue après ces cinq années. Le cours complet des officiers de santé est de trois ans. L'on ne réclame point de ces derniers ni l'anatomie comparée, ni l'anatomie pathologique, ni l'histologie, ni l'histoire de la médecine, qui font partie des matières enseignées aux licenciés, aux médecins-chirurgiens et aux docteurs.

Il y a trois sortes de professeurs. Les titulaires de chaires (*proprietarios*), les suppléants (*substitutos*) et les démonstrateurs (*demonstradores*). Les places sont données au concours. Pour être admis à concourir, il faut être muni de l'un des diplômes indiqués ci-dessus et joindre outre les certificats de bonne vie et mœurs et de libération du service militaire, une attestation constatant que le candidat n'est pas atteint d'une maladie contagieuse. A ces pièces, le candidat peut joindre ses titres scientifiques. Le jury pris parmi les professeurs titulaires, et les deux suppléants, se prononce, au vote secret sur l'admission des candidats au concours. Ces derniers subissent alors les épreuves suivantes : Deux leçons d'une heure chacune sur des questions tirées au sort, quarante-huit heures d'avance, une dissertation imprimée ou thèse, au choix des candidats, sur un sujet de la matière de la chaire vacante, interrogations sur les leçons et la dissertation du candidat, travaux pratiques, selon la matière de la chaire. Le jury classe les candidats par ordre de mérite, le président résume en public les travaux du concours, explique le choix des élus, et le dossier complet des opérations est transmis au Ministère, toutes les réclamations et observations des candidats étant admises et jointes aux pièces. Le gouvernement sur l'avis du Conseil général de l'instruction publique, approuve le choix fait ou demande un nouveau concours, mais seulement dans le cas d'inobservance des prescriptions légales, les candidats pourront eux-mêmes récuser le vote du jury, pour ce même motif.

L'organisation médicale du Portugal subira prochainement des améliorations dont nous ferons part à nos lecteurs. Plusieurs projets sont à l'étude. On trouvera au surplus des renseignements complets dans les ouvrages suivants : *Exposição succinta da organisão actual da universidade de Coimbra*, par Visconde de Villa-Major, Coimbra, 1878, 1 vol. in-8 de 525 pages ; — *Memoria historica et commemorativa da faculdade de medicina nos cem annos decorridos desde a reforma da universidade em 1772 até o presente*, par serra de Mirabeau, Coimbra, 1872, 1 vol. in-8 de 317 pages ; — *Annuario da universidade de Coimbra*, 1884-85 ; — *Projetos do relatorio e plano de reforma elaborados pela commissão restaurado em conselho da faculdade de medicina para estudar a reorganisação da mesma faculdade*, etc., in-8.

La Faculté de Coimbre possède des laboratoires d'anatomie normale et pathologique, d'histologie et de physiologie, de chimie, etc. Parmi ses professeurs nous citerons : D'Almeida-e Azevedo (toco-

(1) Ce titre est délivré aux bacheliers formés ayant obtenu les notes très bien et bien, après discussion publique de cinq sujets tirés au sort trois jours auparavant, et la soutenance d'une thèse manuscrite dont le sujet est désigné par la Faculté trente jours avant la soutenance.

logie), Serra Mirabeau (physiologie), Pimentel de Mello (médecine légale), Siera Motta (anatomie pathologique).

A Lisbonne, l'hôpital San-José, où se trouve la faculté de médecine est, par le grand nombre de ses malades, un grand centre d'instruction. Les professeurs de clinique choisissent dans les autres services les malades les plus intéressants. Le personnel de l'hôpital, comme du reste dans tout le Portugal, est exclusivement laïque et largement rétribué. Parmi les professeurs, nous citerons les noms de Motta (physiologie), May Figueira (clinique médicale), Barbosa (anatomie pathologique). Les cours se donnent en portugais, mais presque tous les ouvrages admis par la Faculté sont de langue française. Nous ignorons si l'admission des femmes est actuellement réglementée; deux seulement ont été jusqu'ici autorisées par arrêté royal à subir l'examen de pharmaciens.

L. Espagne.

Il y a en Espagne dix Universités: celle de Madrid porte le titre d'Université centrale; les autres sont celles de Barcelone, de Grenade, d'Oviedo, de Santiago, de Sarragosse, de Valence et de Valladolid, auxquelles il faut ajouter les Facultés libres de Salamanque et de Séville. — Les Universités de Grenade et de Séville possèdent des Ecoles de médecine. Chaque faculté peut apporter quelques modifications de détail au programme de l'enseignement officiel. — Les renseignements que nous donnons ci-dessous sur deux de ces facultés, celle de Valence et de Madrid, permettront à nos lecteurs de juger du niveau scientifique atteint par quelques écoles espagnoles. L'enseignement médical est réglé par la loi d'instruction publique de 1857, avec les modifications apportées par les décrets de 1875 et 1880.

Université de Valence : Faculté de médecine. — Les programmes généraux comprenaient en 1885-86 : 1er *Groupe.* — Anatomie descriptive. Dissection. Physique et Chimie (à la Faculté des Sciences). — 2e *Groupe* : Anatomie descriptive et générale. 2e cours (Angiologie, Nevrologie) Dissection. Physiologie humaine. — Zoologie, Botanique et Minéralogie (à la Faculté des Sciences). — 3e *Groupe* : Pathologie générale et anatomie pathologique. Thérapeutique et matière médicale. — Hygiène. — 4e *Groupe* : Pathologie médicale. Pathologie chirurgicale. Obstétrique et maladies des femmes et des enfants. — 5e *Groupe* : Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire, Clinique des Accouchements et des maladies des femmes et des enfants. — 6e *Groupe* : Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Hygiène publique, Médecine légale et Toxicologie. Ces études terminées, l'élève reçoit le titre de licencié qui donne le droit d'exercice dans toute l'Espagne et les Colonies. — 7e *Groupe* : (Doctorat), seulement à la Faculté centrale à Madrid.

Université centrale de Madrid : Faculté de médecine (année 1886-1887). — 1er *Groupe* : Anatomie descriptive (1er cours), Histologie et Histo-chimie normales, Anatomie pratique ou Dissection (1er cours) (1). — 2e *Groupe* : Anatomie descriptive et Embryologie (2e cours (2e cours), Dissection (2e cours), Physiologie humaine, théorique et expérimentale, Hygiène privée. — 3e *Groupe* : Pathologie générale et Eléments de clinique, Anatomie pathologique, Thérapeutique-Matière médicale, et de formule, Hydrologie, Hydrothérapie, Electrothérapie. — 4e *Groupe* : Pathologie chirurgicale, Pathologie médicale, Obstétrique et Gynécologie, Maladies de l'enfance, théorie et pratique. — 5e *Groupe* : Clinique chirurgicale (1er cours), Clinique médicale (1er cours), Clinique obstétricale et gynécologique, Anatomie topographique et Médecine opératoire, petite Chirurgie. — 6e *Groupe* : Clinique chirurgicale (2e cours), Clinique médicale (2e cours), Hygiène publique, Statistique et Législation sanitaires, Médecine légale et Toxicologie. — 7e *Groupe*, spécial à la Faculté de Madrid ou *groupe de Doctorat* : Histoire philosophique de la médecine, Application de l'hygiène publique à l'étude historique et géographique des Endémies et des Epidémies. Chimie biologique et analyses chimiques, spécialement des poisons (à la Faculté de pharmacie).

Le titre de docteur s'obtient à la suite d'un examen et de la soutenance d'une thèse.

Il y a actuellement trois catégories de médecins en Espagne, le docteur, le licencié, et le *practicante*.

Le Doctorat est condition absolue pour le professorat et pour quelques autres fonctions officielles. Le licencié peut exercer la médecine et la chirurgie dans tout le pays; le *practicante* est un ancien médecin reçu en vertu d'anciens règlements abrogés aujourd'hui. Un arrêté royal du 16 mars 1882 interdit aux femmes l'accès de l'enseignement supérieur.

Toutes les charges sont supportées par l'Etat excepté celles des hôpitaux cliniques auxquels l'Etat donne une indemnité, les charges ordinaires étant à la province.

(1) L'affiche de la Faculté de Madrid a soin d'indiquer aux étudiants les livres dont ils ont besoin pour les différents cours ci-dessus; on y voit cités les ouvrages de Sappey, Beaunis et Bouchard, Lancereaux (anat. pathol.), Chomel (pathol. gén.), Gubler (codex), Jaccoud, Laveran et Tessier, Dieulafoy (path. int.), etc., etc.

Les Professeurs nommés après ce concours (Catedráticos) reçoivent des émoluments qui varient de 1.500 fr. au début, à 10.000 fr., traitement maximum, selon le temps d'exercice. Les agrégés ont 1750 fr.; les chefs de clinique (Profesores clinicos), 1.500 fr.; les sous-chefs (ayudantes), 1.000 fr.. Les Bibliothèques, laboratoires, etc. disposent de sommes variables assignées inscrites chaque année au budget du matériel scientifique.

L'enseignement clinique se fait dans les hôpitaux départementaux (provinciales), dont le personnel est religieux, sous la direction, soit d'un des conseillers départementaux (Diputado provincial), soit par un médecin nommé par le conseil. A Madrid, la Faculté possède un hôpital clinique indépendant, dirigé par le Doyen de la Faculté et les Professeurs de cliniques.

Le régime des aliénés varie selon les établissements (manicomios). Dans le manicome de Valence on suit le régime mixte. Mais l'enseignement officiel ne comprend pas la clinique mentale.

La Faculté de Valence possède un musée d'anatomie, sous la direction d'un Préparateur-Directeur, qui a sous ses ordres un aide-Préparateur-disseceur, un sculpteur et un aide-sculpteur et dirige aussi le musée d'Histologie.

Un laboratoire de recherches biologiques, sous la surveillance du professeur de Physiologie et la direction immédiate des sous-chefs ayudantes), qui comprend deux sections : (vivisection et expérimentation; microscopie.)

L'autopsie de tous les cadavres de la clinique est faite par le chef des travaux anatomiques ou son aide, et presque toujours en présence du professeur de clinique. L'examen histologique est pratiqué dans le laboratoire de microscopie. Les pièces pathologiques sont préparées et conservées par le préparateur-directeur du Musée.

Il existe au cimetière, une chambre pour les autopsies des cadavres de la ville et pour les autopsies judiciaires.

La méthode de Lister est en usage à la clinique chirurgicale. A la clinique d'accouchements, les élèves sont appelés à tour de rôle pour les accouchements de jour et de nuit, mais pendant le jour ils peuvent rester par groupes de 5 à 8 dans la chambre des internes. Ceux-ci ont de très modestes émoluments (150 fr.).

M. le professeur Campa a depuis deux ans institué une policlinique pour les maladies des femmes et des enfants : et l'année dernière une clinique des maladies nerveuses.

Nous remercions M. le professeur Campa, doyen de la Faculté de Valence, qui a eu l'obligeance de nous adresser la plupart des renseignements qui précèdent.

M. Grèce.

La *Grèce* ne possède qu'une seule université, celle d'Athènes et par conséquent elle n'a qu'une faculté de médecine, à laquelle sont inscrits pour l'année 1887-88, 812 étudiants. Les cours de cette faculté sont les suivants : Anatomie; — Anatomie pathologique; — Anatomie topographique, opérations et appareils. — Physiologie (2 chaires). — Pathologie chirurgicale. — Pathologie générale et thérapeutique. — Accouchements. — Maladies des enfants. — Clinique médicale (2 chaires). — Clinique chirurgicale. — Astyclinique. — Maladies syphylitiques. — Pharmacologie. — Hygiène. — Médecine légale. — Les professeurs sont répartis en trois catégories: Les professeurs ordinaires, les professeurs extraordinaires, et les agrégés. ils sont au nombre de 20, et chargés des divers cours précédents.

La Faculté ne confère que les titres de docteur en médecine, chirurgie et accouchements. La durée normale des études préparatoires au doctorat est de 4 ans. Le prix des inscriptions semestrielles, les droits des examens et les frais du diplôme de docteur s'élève au total à 375 drachmes. A la fin de la deuxième année les étudiants doivent subir un examen sur les sciences naturelles et physiques; la chimie et la botanique sont exceptées, car ces derniers ne sont demandées qu'aux épreuves de doctorat. Le diplôme de docteur en médecine ne représente qu'un titre scientifique et ne confère pas le droit d'exercice; mais il est indispensable de posséder ce titre pour être admis à passer l'examen de licence, auquel on n'est admis qu'après avoir passé neuf mois à la clinique d'application (sorte de policlinique, nommée à Athènes asticlinique), où les docteurs sont tenus de visiter quiconque se présente. Il est question de créer une seconde université à Larina (Thessalie).

Il y a Athènes un hopital civil, muni d'un amphithéâtre pour les étudiants, et dans lequel se font les cliniques. Les internes de cette clinique, sont nommés après concours parmi les étudiants qui ont terminé leur quatrième année ou les jeunes docteurs. Il y a aussi une maison d'accouchements, destinée à perfectionner les jeunes docteurs et à former des sages-femmes. Un établissement séparé contient un amphithéâtre, un laboratoire et un musée d'anatomie, où les étudiants de 2e année se livrent aux dissections. Un laboratoire spécial d'anatomie pathologique est destiné aux études microscopiques et histologique. L'École d'Athènes possède aussi deux autres laboratoires construits *ad hoc* et destinés l'un a la médecine légale, l'autre à la physiologie.

Naturellement les sciences naturelles et physiques ont aussi leurs *locaux* respectifs.

Il y a un concours tous les deux ans pour deux aides d'anatomie ; il a lieu entre les étudiants de 2e année. Deux prix annuels de 80 drachmes par mois et pour 4 ans sont accordés aux étudiants après concours. Enfin la fondation Kritski décernée tous les trois ans, accorde après un concours 300 drachmes par mois à un des jeunes docteurs de la faculté pour qu'il puisse perfectionner ses études à l'étranger

N. Turquie d'Europe.

FACULTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE. — Elle relève du ministère de la guerre. Elle comprend deux catégories d'élèves : 1° Les élèves pensionnaires de l'Etat Ils sont les plus nombreux. Ils sont logés, nourris, habillés et entretenus par l'Etat avec l'obligation de servir ensuite comme médecins dans l'armée ; 2° Les élèves libres qui y reçoivent leur instruction médicale gratuitement et sans contracter aucune obligation ultérieure envers l'Etat. Ils ne paient ni droits d'inscription, ni droits d'examens. Ils ne paient que le droit de diplome, soit 5 livres turques (115 francs). L'enseignement se faisait autrefois en français. Mais depuis 1873 il se fait exclusivement en turc. Pourtant la langue française reste toujours la seconde langue officielle de l'établissement après le turc. Les émoluments des professeurs et de tout le personnel, ainsi que les frais de l'entretien, sont payés par le ministère de la guerre.

Les *Etudes* se font en six années, soit une année préparatoire et cinq années d'études médicales proprement dites. Il y a deux sortes d'*examens* : 1° Des examens de fin d'année, aux termes de chaque année scolaire, et 2° des examens de Doctorat, qui sont au nombre de 4 et dont le dernier comprend les thèses, au nombre de deux : une sur un sujet de clinique interne et l'autre sur un cas de chirurgie.

Branches enseignées, année préparatoire : Physique, chimie inorganique, géologie. — Ire *Année médicale* : Anatomie, botanique, zoologie. — 2e *Année médicale* : Anatomie (suite), physiologie, chimie organique, histologie. — 3e *Année médicale* : Matière médicale et thérapeutique, pathologie générale, hygiène, anatomie pathologique. — 4e *Année médicale* : Pathologie interne, pathologie externe, médecine opératoire, accouchements, clinique médicale, clinique chirurgicale. — 5e *Année médicale* : Pathologie interne (suite), pathologie externe (suite), clinique médicale, clinique chirurgicale, cliniques supplémentaires (oculistique, maladies de la peau et vénériennes), médecine légale. Les examens du Doctorat ne sont autorisés qu'après la 3e année d'études médicales. Ils sont répartis de la manière suivante : Au commencement de la 4e année, 1er examen du Doctorat (Anatomie, physiologie, histologie). Au commencement de la 5e année, 2e examen du Doctorat (Pathologie générale matière médicale, hygiène, médecine opératoire), à la fin de cette même année les deux autres examens du Doctorat et les deux thèses.

Chacune des branches portées sur le programme est enseignée par un professeur titulaire. Ce qui porte le nombre des professeurs à 23 dont 3 pour la classe préparatoire (physique, chimie et géologie). Chacune de ces chaires possède en dehors du professeur titulaire un professeur agrégé, qui y est attaché et qui est toujours là et prêt à remplacer le professeur titulaire, dans le cas où celui-ci viendrait à s'absenter. Le professeur agrégé est le successeur le plus ordinaire du professeur titulaire sauf si un autre professeur titulaire, dont le cours a quelque rapport avec celui du professeur, qui vient à manquer, exprime le désir de permuter. Les chaires de clinique seules n'ont pas d'agrégés, mais elles ont des chefs de clinique. Ces derniers ne peuvent pas faire des cours officiels ni faire subir des examens.

Les professeurs titulaires aussi bien que les agrégés ont, pour la plupart, des grades militaires, ainsi que le directeur et le préfet des études. Le directeur a le grade militaire de général, qui comporte le titre de pacha. Deux des professeurs actuels ont également le grade de général et le titre de pacha. Parmi les professeurs, ceux de clinique (médicale et chirurgicale) ont hiérarchiquement la préséance sur leurs collègues. En dehors de cette Faculté de médecine, il y a, à Constantinople, depuis une quinzaine d'années, une *Ecole secondaire de médecine* destinée à former des médecins cantonnaux. L'enseignement s'y fait également en turc, mais c'est la Faculté qui a seule le droit de délivrer le diplôme à ces médecins.

Administration des affaires médicales. — Les affaires médicales et pharmaceutiques de l'empire sont gérées par un département spécial nommé « Administration médicale civile de l'empire. » Cette Administration relève et fait partie intégrale du ministère de l'intérieur, dont elle est une des sections. Elle comprend : 1° Un directeur, qui est en même temps directeur de la Faculté, ce qui fait que ledit directeur relève du ministère de l'intérieur pour ce qui en est de ses fonctions de directeur des affaires médicales et du ministère de la guerre pour la direction de la Faculté ; 2° un « Conseil des affaires médicales civiles, » composé d'un président, d'un secrétaire général et de neuf membres, dont deux chimistes. L'Administration des affaires médicales civiles, directeur, conseil et bureaux siègent à la Faculté, bien qu'ils font partie du ministère de l'intérieur. Toutes les affaires se rapportant à l'exercice de la médecine et de la pharmacie civiles, toutes les questions scientifiques, la nomination des médecins cantonnaux, l'envoie des missions médicales dans les provinces, les mesures prophylactiques *intérieures* contre les épidémies et les épizooties, les vaccinations, l'autorisation et la surveillance des pharmaciens et des drogueries, les expertises médico-légales, l'examen médical pour la mise en retraite des employés civils de l'Etat, enfin les permis d'exercice accordés aux médecins et pharmaciens étrangers, sont de la juridiction de ce conseil.

Les médecins, indigènes ou étrangers, qui ont fait leurs études médicales à l'étranger, et qui, possédant un diplome de docteur d'une Faculté étrangère, désirent exercer en Turquie, doivent se présenter à ce Conseil pour faire enregistrer leur diplome et recevoir un permis d'exercice sans lequel il leur est défendu, par la loi ottomane, d'exercer leur profession en Turquie. Les médecins *officiels* des ambassades sont seuls exceptés. Le permis d'exercice n'est délivré qu'après un *colloquium*, ayant pour but d'établir que le diplome présenté appartient réellement à celui qui le présente. Les droits à payer pour l'obtention de ce permis d'exercice sont 2 livres turques pour les examens du *colloquium* et 5 pour le permis ; en tout 7 livres turques, soit 157 fr. 50 centimes. Les pharmaciens sont soumis à la même obligation (1)

O. Russie

L'empire russe possède huit Facultés de médecine délivrant des diplômes médicaux ; ce sont l'Académie médico-chirurgicale militaire de Saint-Pétersbourg et les Facultés de Moscou, Kazan, Kharcof, Kief, Varsovie, Dorpat et Helsingfors. Ces deux dernières sont encore des Universités de langue allemande.

Le diplôme d'une Faculté de médecine russe confère le titre de « wratsch » (médecin et non celui de « doctor» (docteur en médecine). Le « vratsch » peut remplir toutes les fonctions de la profession médicale. Il peut devenir « doctor » après avoir présenté et soutenu une thèse. Le praticien qui ne possède pas un de ces titres exerce a ses risques et périls ; il encourt souvent une peine administrative sous forme d'amende ou d'emprisonnement. Cela n'empêche pourtant pas à un nombre incalculable de charlatans d'abuser de la crédulité populaire.

Pour être admis à la Faculté en qualité d'étudiant, le candidat doit présenter le « *certificat de maturité* » constatant qu'il a suivi avec succès le cours d'études complet d'un gymnase. Chose curieuse : les candidats de confession israélite ne sont admis qu'en nombre restreint (de 5 à 15 pour 100). L'uniforme est obligatoire pour tous les étudiants. Diverses peines sont établies pour ceux qui négligent cette formalité. Comme en Allemagne, les élèves paient des rétributions aux professeurs dont ils suivent les cours. Il existe trois ordres de professeurs : les professeurs ordinaires, nommés à vie avec des appointements fixes ; les professeurs extraordinaires et les « privats-docents. » Les professeurs extraordinaires sont choisis parmi les privats-docents. Quant à ces derniers, le nouveau règlement universitaire admet à ce grade tous les docteurs en médecine. La situation des privats-docents est d'autant plus rémunératrice qu'ils ont plus de succès, leur salaire se composant exclusivement des rétributions des élèves.

Voici le personnel enseignant des différentes Facultés russes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE MÉDICO-MILITAIRE DE SAINT-PÉTERSBOURG. — M. Botkin, *clinique médicale.* — M. Gruber, *anatomie.* — M. Borodin, *chimie organique.* — M. Bogdanovsky, *clinique chirurgicale.* — M. Zavarikin, *histologie et embryologie.* — M. Sorokin, *médecine légale.* — M. Pelechin, *pathologie, et thérapeutique chirurgicales.* — M. Manassein, *pathologie et thérapeutique médicales.* — M. Lobroslavin, *hygiène.* — M. Soutschinsky, *pharmacologie.* — M. Mierzejewsky, *maladies nerveuses et mentales.*— M. Kolomnin, *chirurgie.* — M. Brandt, *zoologie* — M. Lesch, *pharmacologie.*— M. Koschlakoff, *clinique thérapeutique.* — M. Sokoloff, *chimie.* — M. Paschoutin, *pathologie expérimentale.* — M. Ivanovsky, *anatomie pathologique.* M. Tarchan-Mauravoff, *physiologie.* — M. Nassiloff, *anatomie topographique.* — M. Dobrovolsky, *ophthalmologie.* — M. Egoroff, *physique.* — M Tarnovsky, *clinique syphilitique.* — M. Slaviansky, *accouchement et gynécologie,* — M. Tschoudnovsky, *diagnostic médical.* — M. Batalin, *botanique.* — M. Lebedeff, *accouchement.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MOSCOU. — M. Sclifasovsky, *médecine opératoire.* — M. Zacharin, *clinique thérapeutique.* — M Novatsky, *clinique chirurgicale.* — M. Klein, *anatomie pathologique.* — M. Braun, *ophtalmologie.* — M. Babouchin, *em-*

(1) Voir page 393.

bryologie et histologie. — M. Tolsky, *accouchement et gynécologie.* — M. Bouliguinsky, *chimie et physique médicale.* — M. Scheremetevshy, *physiologie.* — M. Tscherinoff, *diagnostic médical.* — M Kojevnikoff, *pathologie et thérapeutique médicales.* — M. Zernoff, *anatomie.* — M. Erisman, *hygiène.* — M. Neiding, *médecine légale.* — M. Ostrooumoff, *clinique thérapeutique.* — M. Makeëff, *gynécologie.* — M. Elcinsky, *pathologie et thérapeutique,* — M. Sneguireff, *accouchement.* — M. Bogoslovsky, *pharmacologie.* — M. Sinicin, *pathologie chirurgicale.* — M. Fogt, *pathologie générale.* — M. Tichomiroff, *matière médicale.* — M. Schervinsky, *anatomie pathologique.* — M. Mansouroff, *dermatologie et maladies syphilitiques.* — M Bobroff, *opérations.*

Faculté de médecine de Kazan. — M. Tscherbacoff, *chimie physiologique.* — M. Gvozdeff, *médecine légale.* — M. Dogel, *pharmacologie.* — M. Kovalevsky (N.), *physiologie.* — M. Arnstein, *histologie.* — M. Adamük, *ophtalmologie.* — M. Levschin, *clinique chirurgicale.* — M. Ermolaeff, *anatomie physiologique.* — M. Zasetsky, *clinique thérapeutique.* — M. Podvisotsky, *pharmacologie.* — M. Bogolouboff, *clinique chirurgicale.* — M. Visotski, *chirurgie.* — M. Jacoby, *hygiène.* — M. Bechtereff, *maladies nerveuses et mentales.* — M. Tolmatscheff, *pathologie générale.* — M. Gé, *maladies cutanées et syphiliques.* — M. Scolosouboff, *maladies nerveuses,* — M Stoudensky, *médecine opératoire.* — M. Khorvat, *pathologie générale.* — M. Loubimoff, *anatomie pathologique.* — M. Kotovtschikoff, *diagnostic médical.* — M. Levascheff, *clinique thérapeutique.* — M. Tenomenoff, *accouchement et gynécologie.*

Faculté de médecine de Kharcof. — M. Zaroubin, *clinique chirurgicale.* — M. Grubé, *clinique chirurgicale.* — M. Tschelkoff, *physiologie.* — M. Laschkevitsch, *clinique thérapeutique,* — M. Danilevsky, *chimie médicale.* — M. Vagner, *anatomie.*— M. Obolensky, *pathologie spéciale.* — M. Skvortzoff, *hygiène.*— M. Kriloff, *anatomie pathologique.* — M Broueff, *maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Kovalevsky (P), *maladies nerveuses et mentales.* — M. Zalessky, *pharmacologie.* — M. Guirschman, *ophtalmologie.* — M. Koutschin, *histologie et embryologie.* M. Kouznetzoff, *clinique thérapeuthique.* — M Tolotschinoff, *accouchement et gynécologie.* — M. Doudoucaloff, *médecine opératoire.* — M. Kostiourin, *pathologie générale.* — M. Soublotin, *pathologie chirurgicale.* — M. Anrep, *médecine légale.*

Les cours sont complétés par 18 privat-docents, 4 prosecteurs, 4 aides d'anatomie et 12 préparateurs.

Faculté de médecine de Kief. — M. Soublotin W. A, *hygiène.* — M. Ergardt, *médecine légale.* — M Méring, *thérapeutique spéciale.* — M. Scheffer, *chimie.* — M. Karavaeff, *médecine opératoire.* — M. Betz, *anatomie physiologique.* — M. Khr-jontschevsky, *pathologie générale.* — M. Peremejko, *histologie et embriologie.* — M Geibel, *pharmacologie.* — M. Minkh, *anatomie pathologique.* — M. Rineck, *clinique chirurgicale.* — M. Fritschel, *clinique médicale.* — M. Yschiriec, *physiologie.* — M. Bornhaupt. *clinique chirurgicale.* — M. Khodine, *ophtalmologie.* — M. Bunge, *chimie médicale.* — M. Stonkovenkoff, *maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Tesch Fh. A., *diagnostic médical.* — M. Sikorsky, *maladies nerveuses et mentales.* — M. Rein, *accouch. et gynéc.* — M. Morozoff, *médecine opératoire.*

Faculté de médecine de Varsovie. — M. Brodovsky *anatomie pathologique.* — M. Losinsky, *clinique chir.* — M. Frautfetter, *maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Goier, *histologie et anatomie comparée.* — M. Efremovsky, *clinique chirurgicale.* — M. Tschaoussoff, *anatomie descriptive.* — M. Navrotsky, *physiologie.* — M. Volfring *ophtalmologie.* — M. Popoff, *clinique médicale.* — M. Schalfeeff, *chimique physique.* — M. Tauber *médecine opératoire.* — M. Laptschinstey, *pathologie spéciale.* — M. Kapoustin, *hygiène et police médicale.* — M. Mentin, *pharmacologie.* — Iastreboff, *accouchement et gynécologie.* — M. Toumas, *pharmacologie.* — M. Loukianoff, *pathologie médicale.* — M. Plenskovsky, *maladies nerveuses et mentales.* M. Neigebauer, *accouchement et gynécologie.*

Faculté de médecine de Dorpat. — M. Fogel, *pathologie spéciale.* — M. Wal, *clinique chirurgicale.* — M. Schmidt, *physiologie générale.* — M. Rosenberg, *embryologie, histologie et anatomie comparée.* — M. Kerber, *médecine légale.* — M. Relman, *ophtalmologie.* M. Runge, *accouch., gynéc., et maladies des enfants.* M. Krepelin, *maladies mentales.* — M. Toma, *anatomie pathologique.* — M. Rauber, *anatomie.* — M. Kobert, *histoire de la médecine.* — M. Kessler, *accouchement.* — M. Koch, *chirurgie.* — M. Deguio, *clinique propédeutique.*

Faculté de médecine de Helsingfors. — M. Homen, *médecine légale et hygiène.* — M. Hällsten, *physiologie.* — M. Asp, *anatomie.* — M. Runeberg, *clinique médicale.* — M. Saltzmann, *chirurgie.* — M. Pippingskjold, *accouchement et gynécologie.*— M. Schulten, *chirurgie.* — MM. Stenbäck, Heinrecius et Engström, *gynécologie.* — MM, Wahlfors et Nordman, *ophtalmologie,* — M. Holsti, *clinique médicale.* — MM. Smirnoff et Lundström, *maladies syphilitiques.* — M. Sundrick, *pharmacologie.*

La durée des études médicales en Russie est de six ans y compris le temps nécessaire aux examens définitifs.

Pendant leur temps de scolarité, les élèves sont obligés de subir une série des épreuves orales sur l'anatomie descriptive, l'histologie avec embryologie, physiologie, physique, chimie, pharmacologie, zoologie, anatomie comparée, botanique et minéralogie. L'examen définitif contrôlé par un commissaire spécial du gouvernement se divise en cinq parties. *Première partie :* a) anatomie normale et pathologique (*épr. or. et prat.*) ; b) histologie (*épr. or. et prat*) ; c) anatomie topographique et chirurgie (*deux opérations sur un cadavre ; épreuve orale sur la topographie des parties opérées*), *Deuxième partie :* a) physiologie et pathologie générale (*épreuve orale*) ; b) chimie médicale (*épr. or. et prat.*) ; c) pharmacologie, art de formuler et eaux minérales (*épr. or. et prat.*) ; d) pharmacie et pharmacognosie (*épr. or. et prat*). *Troisième partie :* Pathologie et thérapeutique interne (*épr. or. et clin. sur deux malades*). *Quatrième partie :* Pathologie et thérapeutique externe (*épr. or. et clin. sur deux malades*). *Cinquième partie :* a) hygiène et police médicale (*épr. or. et prat.*) ; b) médecine légale et toxicologie (*épr. or. et prat.*) ; c) épizootologie et police vétérinaire (*épr. or. et prat.*).

D'après les règlements publiés dans le *Messager officiel de Saint-Pétersbourg* (notes du 27 août et 5 septembre 1885), les médecins des Facultés étrangères, sans distinction de nationalités, qui voudront exercer en Russie, seront désormais obligés de produire « le diplôme de maturité » ou un diplôme reconnu équivalent avant de subir deux examens, l'un préliminaire, l'autre définitif, qui ne diffèrent en rien des examens subis par les étudiants russes et dont nous avons déjà parlé plus haut.

P. Roumanie.

Il existe deux Facultés de médecine : une à Bucharest et l'autre à Jassy. La première est fondée depuis assez longtemps et parmi ses professeurs il y en a quelques-uns qui ont commencé ou même terminé leurs études dans cette Faculté. Le corps professoral est ainsi constitué : deux professeurs ont été appelés de l'étranger (mais ce sont toujours des Roumains) en raison de leurs titres scientifiques ; une autre partie est constituée par d'anciens médecins qui ont été nommés professeurs sans concours ni titres scientifiques ; le reste est constitué par des professeurs passés par la voie des concours ; exceptionnellement il y en a de nommé à cause de leurs travaux originaux (sciences). Le nombre des chaires est suffisant ; en dehors de l'enseignement théorique il existe plusieurs chaires de cliniques, dont deux chirurgicales et deux médicales, une d'ophtalmologie, une pour les maladies des enfants et une autre pour les accouchements. La Faculté est munie aussi de plusieurs laboratoires, parmi lesquels on peut remarquer principalement ceux d'histologie normale et de chimie. Quant aux hôpitaux, il y en a plusieurs ; ils sont dirigés surtout par des professeurs ; dans tous les services, il y a des externes et des internes, reçus tous à la suite d'un concours. A propos des hôpitaux (Bucharest et Jassy), il est à remarquer que, dans chaque service, il existe deux médecins, dont un porte le nom de *chef* et l'autre de *secondaire.* Tous les chefs de service sont désignés par la voie du concours (excepté ceux de l'hôpital Brancoveano, à Bucharest). En ce qui concerne les médecins secondaires, les uns sont admis au concours, d'autres par protection , on peut dire même que cette place est souvent accordée aux jeunes docteurs qui n'ont aucune fonction ou qui recherchent plusieurs places dans un but intéressé. Ce titre de médecin secondaire est quelquefois créé et assez souvent donné grace à l'influence de personnes qui sont au pouvoir ou qui en dépendent. Les exemples ne manquent pas. En admettant que cette place ait été accordée d'une façon sérieuse, on peut voir de jeunes médecins renvoyés du service par suppression de la place, ou sous différents prétextes (1).

Pour éviter tous ces inconvénients et encourager les jeunes médecins à travailler, il faudrait supprimer cette place de faveur et instituer, comme à Paris, des concours uniques pour obtenir le titre de médecin des hôpitaux ; c'est la seule façon d'éviter la protection et d'accorder les places à plusieurs médecins qui

(1) A cette occasion, on peut citer le cas du Dr B. qui ayant passé un concours sérieux a été renvoyé au bout de deux ans de l'hôpital St Treime, de Jassy, sous le prétexte ridicule que l'Epitropie St Spiridon n'avait pas suffisamment d'argent ; mais en attendant, on la voit créer des places et justement dans des services où il n'y en a pas grand besoin.

veulent travailler pour le plus grand bien de la science et des malades. Rien ne coûterait aux Epitropies de Bucharest et Jassy d'avoir à leur disposition plusieurs médecins nommés au concours et destinés à faire les remplacements des chefs au fur et à mesure qu'ils s'en présente. Pour introduire cette nouvelle organisation, il faudrait d'abord imiter l'Assistance publique de Paris et admettre une limite d'age tant pour les médecins que pour les chirurgiens. On devrait même appliquer cette loi pour les professeurs des Facultés, et donner les places à des jeunes qui ne demandent qu'à travailler.

La Faculté de médecine de Jassy est de beaucoup plus jeune que celle de Bucharest. Aujourd hui, à Jassy, toutes les places sont données au concours et la moitié des chaires sont occupées par les professeurs titulaires; les autres sont suppléants. Il existe aussi plusieurs laboratoires dont quelques-uns sont insuffisamment montés, à cause des ressources qui sont distribuées d'une façon tout à fait étrange et inégale; mais prenant en considération la bonne volonté et l'intention ferme qu'ont les professeurs de travailler, il est à croire que cette jeune Faculté pourra bientôt compter parmi les plus laborieuses. Malheureusement on ne sait pourquoi la création des deux chaires d'ophtalmologie et maladies des enfants figure seulement dans les programmes; le ministère retarde à publier les concours. Jusqu'à aujourd'hui, la Faculté n'a eu à délivrer que trois diplômes de docteur. Tout ce qu'on a dit des hôpitaux se rapportent aussi à ceux de Jassy; il ne reste qu'une chose à désirer pour les étudiants, c'est d'instituer des concours pour les places d'internes, et, de cette façon, on n'habituera pas la jeunesse à la protection, même dès le début des études.

A la Faculté de Jassy, on peut remarquer une anomalie tout à fait bizarre. La Clinique chirurgicale est supprimée pendant les vacances de l'année et cela sous le prétexte ridicule que le professeur, désirant avoir des vacances, ne trouve pas un remplaçant officiel. En verité, il n'y a pas de chef de Clinique (comme dans aucune des Cliniques de Jassy et Bucharest); comme l'Epitropie St-Spiridon ne possède que des remplaçants élus par protection, il en résulte que les salles de la Clinique sont évacuées et les étudiants abandonnent le service pendant trois à quatre mois de l'année. Il faut dire que cette anomalie existe seulement à Jassy et rien que pour la chirurgie, car pour les autres Cliniques le hasard a voulu que les professeurs soient en même temps médecins primaires et par conséquent puissent se faire remplacer par les médecins secondaires. A la Clinique chirurgicale, l'Epitropie St-Spiridon, sur la demande du ministère, il y a à la disposition de la Clinique, un service de plusieurs lits pour le professeur désigné par le concours. C'est une exception qu'il faudra faire disparaître le plus tôt possible, et cela par la nomination d'un chef de Clinique. Voici aussi la liste des professeurs des Facultés de Bucharest et Jassy.

BUCHAREST : *Anatomie:* Dr Paul Pétrini (suppl.).— *Physiologie:* Dr Grigorescu (suppl.).—*Physique* : à l'Ecole de pharmacie. — *Chimie* : Dr Istrati. — *Zoologie* : Dr Boicescu (suppléant).— *Botanique* : Dr Grecescu. — *Pathologie générale* : Dr Theodori. *Pathologie interne* : Dr Alexianu. — *Pathologie chirurgicale* : Dr Ramniceanu. — *Anatomie pathologique* : Dr Severin. — *Histologie* : Dr Petrini (Galatz). — *Médecine opératoire* : Dr Démostène. — *Pharmacologie* : Dr Maldarescu.—*Thérapeutique:* Dr Z. Petrescu. — *Hygiène* : Dr Felix (doyen). — *Médecine légale* : Dr Sutzu. — *Clinique chirurgicale* : Dr Severeanu. — *Clinique médicale* : Drs G. Stoicescu et Kalendero. — *Clinique chirurgicale* : Dr Assaki. — *Pathologie expérimentale et bactériologie* : Dr Babes. — *Clinique des enfants* : Dr Sergin. — *Clinique d'ophthalmologie* : Dr Manolescu. — *Clinique de la Maternité* : Dr Draghescu. — *Clinique des maladies mentales* : Dr Sutzu.

JASSY : *Anatomie* : Dr Peride.—*Physiologie* : Dr Sokor.—*Physique* : Dr Stravolea (suppléant), profess. à la Faculté des sciences. — *Chimie* : Dr Riegler. — *Zoologie et botanique* : Dr Cosmovici (suppléant), professeur à la Faculté des sciences, — *Pathologie générale* : Dr Thiron (suppleant). — *Pathologie interne* : Dr Stihi (suppléant). — *Pathologie externe* : Dr Bottez. — *Anatomie pathologique* : Dr Cerne (suppleant). — *Histologie* : Dr Negel. — *Médecine opératoire* : Dr Russ, senior (suppléant). — *Thérapeutique* : Dr Rizu. — *Hygiène* : Dr Rojnitza suppléant). — *Médecine légale* : Dr Ciure (doyen). — *Clinique chirurgicale* : Dr Sculy. —*Clinique médicale* : Dr Russ. junior.— *Clinique de la Maternité* : Dr Bejan (suppléant).

Q. Serbie.

La ville de Belgrade possède une Faculté de médecine et un hôpital pour l'enseignement de la Clinique; la Faculté délivre des diplômes aux candidats qui ont présenté un certificat d'études préliminaires et un certificat d'assiduité à tous les cours de l'école, et qui subissent avec succès un examen portant sur tout l'ensemble des sciences médicales. — La Serbie est, croyons-nous, le seul pays d'Europe où la possession d'un diplôme médical français ou autrichien confère, *ipso facto*, le droit d'exercice. L'exercice de la pharmacie est réglementé: le nombre des officines est limité Les pharmacies ne peuvent délivrer de médicaments sans ordonnance, ni faire de la réclame dans les journaux en faveur d'un médicament.

R. Mexique.

Les lois qui régissent l'enseignement et l'exercice de la médecine varient suivant que l'on passe de l'un à l'autre des Etats qui constituent la Republique mexicaine. Les Universités qui possèdent des Facultés de médecine sont celles de Mexico, de Guadalaxara (150 000 h) de Oaxaca, de Campeachy, Zacatecas, de Puebla (une faculté de l'état et une école libre catholique), de Guanajuato (100 000 hab.: Cette dernière n est ouverte que du 29 janvier 1883; la durée des études y est de six ans (1).

S. Brésil.

Le Brésil possède deux Facultés de médecine; l'une à Rio de Janeiro, capitale de l'Empire; l'autre à Bahia. L'organisation de ces deux Facultés est la même. En outre du diplôme de *docteur en médecine*, elles délivrent des diplômes de *pharmacien*, de *dentiste* et de *sage-femme*.

La solide organisation de Faculté de médecine de RIO DE JANEIRO due à l'énergie et au dévouement de son honorable doyen, M. le Baron de SABOIA, l'a placée au niveau des meilleures Facultés, et dans l'Amérique il n'y en a guère qui, dans son ensemble, puisse lui être comparée.

Dispositions générales. — Les étudiants qui désirent prendre des inscriptions en vue du Doctorat en médecine doivent produire ou les baccalauréats ès lettres et ès sciences délivrés par le *Collège impérial* de *Don Pedro II* ou des *certificats* constatant qu'ils ont subi avec succès les examens préparatoires suivants: Langues latine, portugaise, française, anglaise et allemande; histoire, géographie; arithmétique, algèbre, géométrie, trigonométrie rectiligne; philosophie; éléments généraux de physique, chimie et histoire naturelle. Les candidats *au diplome de pharmacien*, à part l'histoire et l'allemand, doivent produire les mêmes pièces que les candidats au doctorat. Pour le *diplôme de dentiste*, on n'exige que la connaissance du portugais, du français, de l'anglais, de l'arithmétique et de la géométrie. Pour les études de *sage femme*, les candidates doivent connaitre le portugais, le français, l'arithmétique et avoir des notions de physique et d'histoire naturelle.

Durée des études. — Les études de pharmacie durent trois ans et comprennent trois séries d'examens: 1re *série* : physique, chimie minérale et minéralogie; 2me *série* : Chimie organique, botanique et zoologie; 3me *série* : Matière médicale, pharmacologie et pharmacie pratique, toxicologie. — Les études de *sage-femme* durent deux ans; les examens comprennent deux séries: 1re *série* : Anatomie descriptive et physiologie, en général et plus particulièrement des organes génito-urinaires de la femme, pharmacologie et hygiène des femmes en couches; 2me *série* : Obstétrique, clinique obstétricale et gynécologique. — Pour obtenir *le diplôme de dentiste*, dont la duree des études est de deux ans, il faut subir trois series d'examens: 1re *série* : Physique élémentaire, chimie minérale, anatomie descriptive et topographique de la tête; 2me *série* : Histologie et physiologie dentaires, pathologie dentaire et hygiene de la bouche; 3me *série* : Thérapeutique dentaire, chirurgie et prothèse dentaire.—Pour obtenir le diplôme de *docteur en médecine* dont la duree des études est de six ans, l'elève doit subir une série de huit examens au bout desquels il doit soutenir une thèse. 1re serie : *Physique médicale, chimie minérale et minéralogie médicale, botanique et zoologie médicales*; 2e série : *Anatomie descriptive, histologie théorique et pratique, chimie organique et biologique*; 3me série : *Physiologie théorique et expérimentale, anatomie et physiologie pathologiques, pathologie génerale*; 4me série : *Pathologies médicale et chirurgicale, matière médicale, spécialement brésilienne et thérapeutique*; 5me serie: *Obstétrique, anatomie chirurgicale, médecine opératoire et appareils, pharmacologie et art de formuler*; 6me série : *Hygiène et histoire de la médecine, médecine légale et toxicologie*; 7me série : *Cliniques médicale et chirurgicale d'adultes, clinique obstétricale et gynécologique*; 8me serie : *Clinique médicale et chirurgicale d'enfants, cliniques ophtalmologique, des maladies cutanées et syphilitiques, et enfin clinique psychiatrique.* La thèse est passée à la fin de la sixième année et doit porter sur un sujet que le candidat choisit parmi ceux inscrits dans une liste dressée par le conseil scolaire. Les inscriptions sont prises au commencement et à la fin de chaque année scolaire. Les examens ont lieu à partir du mois de novembre et comprennent trois épreuves: une *pratique*, une *écrite* et une

(1) Nous avons donné dans le nº du 7 avril 1883 du *Progrès médical* le programme complet des études de cette Faculté.

orale ; l'élève qui est refusé à l'une de ces épreuves doit recommencer son examen en entier. Les élèves qui en font la demande, peuvent être admis à passer leur examen à l'époque, demandée à la condition qu'il se soit écoulé quatre mois après le dernier échec, ou s'il s'agit d'un premier examen qu'ils aient un an d'études.

Enseignement. — L'enseignement comprend les cours théoriques, les exercices pratiques et l'enseignement clinique. Les chaires qui servent à l'enseignement de la médecine sont les mêmes pour l'enseignement des matières des cours annexes.

Enseignement théorique. — Le corps enseignant de la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro est actuellement composé comme il suit : 1° Physique médicale, *Dr J. Martins Teixeira ;* 2° Chimie inorganique et minéralogie médicales, *Dr Ferreira dos Santos ;* 3° Botanique et zoologie médicales, *Dr J. J. Pizarro ;* 4° Anatomie, descriptive, *Dr Pereira Guimarães ;* 5° Histologie normale ; *Dr Caetano d'Almeida ;* 6° Chimie organique et biologique. *Dr Domingos Freire ;* 7° Physiologie, *Dr Kossuth Vinelli ;* 8° Anatomie et physiologie pathologiques, *Dr Cypriano de Freitas ;* 9° Pathologie générale, *Dr Benicio de Abreu ;* 10° Pathologie médicale, *Dr Pecanha da Silva ;* 11° Pathologie chirurgicale, *Dr Pedro Affonso Franco ;* 12° Matière médicale et thérapeutique, *Le Conseiller Baron de S. Salvador de Campos ;* 13° Obstétrique, *Dr Feijó Junior ;* 14° Anatomie chirurgicale, médecine opératoire et appareils, *Vicomte de Motta Maia ;* 15° Pharmacologie, et art de formuler, *Dr J. Maria Teixeira ;* 16° Hygiène publique et privée et histoire de la médecine, *Conseiller Nuno de Andrade ;* 17° Médecine légale et toxicologie, *Dr Souza Lima.* — A l'exception des chaires de pathologie interne, externe et générale et de la chaire d'accouchements, lesquelles n'ont qu'un professeur titulaire, toutes les autres sont pourvues, en outre, d'un professeur adjoint et d'un préparateur assisté de deux aides chargés de la préparation du cours duquel ils dépendent.

Enseignement pratique. — L'enseignement pratique se fait dans les laboratoires suivants : 1° de *physique ;* 2° de *chimie inorganique,* avec un *cabinet de minéralogie ;* 3° de *botanique,* avec un *cabinet de zoologie ;* 4° de *chimie organique* et *biologique ;* 5° de *bactériologie,* avec un *cabinet de photographie ;* 6° de *physiologie expérimentale ;* 7° de *thérapeutique expérimentale ;* 8° de *pharmacie ;* 9° d'*hygiène ;* 10° de *toxicologie :* 11° d'*histologie ;* 12° d'*anatomie pathologique ;* 13° un institut où se font les exercices de *dissection,* d'*anatomie chirurgicale* et de *médecine opératoire.* Chacun de ces laboratoires se trouve sous la direction immédiate des professeurs de la chaire auquel il correspond ; ils servent en même temps de laboratoire de recherches.

Le personnel de chaque laboratoire se compose : 1° du directeur : qui est le professeur titulaire, 2° l'adjoint, qui est chef des travaux pratiques ; 3° d'*un préparateur,* docteur en médecine, pharmacien ou dentiste, *nommé au concours ;* 4° de deux aides choisis parmi les étudiants en médecine, également nommés au concours. Les différents laboratoires de la Faculté de Rio sont admirablement montés ; rien ne leur manque, soit au point de vue des instruments, soit au point de vue des produits chimiques ou autres nécessaires aux recherches et aux manipulations. Ils sont mis gratuitement à la disposition de tous les élèves. Leur fréquentation n'est pas obligatoire, c'est-à-dire que les élèves ne sont pas astreints à répondre à aucun appel ni à signer aucune feuille de présence ; par contre, pour être admis à un examen, ils sont tenus de présenter un certain nombre de pièces préparées par eux-mêmes, sous la direction du chef des travaux ou du préparateur, ce qui, en somme, sert de contrôle pour leur assiduité aux laboratoires. *Laboratoire d'hygiène.* Ce laboratoire n'est pas seulement destiné à l'instruction des élèves ; il est affecté en outre au service sanitaire. En effet, c'est là où se font les analyses de tout produit intéressant la santé publique. Son personnel est un peu différent de celui des autres laboratoires ; en dehors du personnel de la Faculté, il y existe *un inspecteur ou commissaire du gouvernement,* nommé sur la proposition du doyen de la Faculté ; et quatre *aides-chimistes* appartenant au conseil général de salubrité publique. Il n'y a pas que les analyses demandées par le gouvernement ou le conseil général de salubrité qui y sont exécutées ; tout particulier peut demander telle analyse qu'il lui plaît, seulement il est soumis à un tarif spécial. La *salle de dissection,* assez grande et très bien aménagée, est très hygiénique ; en effet, les murs, le parquet ainsi que les tables de dissection sont en marbre ; la lumière, l'air et l'eau y sont distribués à profusion. Les cadavres sont conservés dans une glacière spécialement construite à cet effet. Les exercices pratiques de *toxicologie* se font dans le laboratoire respectif ; les conférences pratiques de médecine légale ont lieu à la morgue (*necrotario*) ; c'est là encore un établissement affecté à l'enseignement médical qui n'a rien à envier à ses congénères européens. Le *laboratoire d'histologie* est installé de façon qu'il permet l'accès à 80 élèves à la fois. Plus de 60 microscopes, des microtomes, tournettes, les réactifs nécessaires, et enfin tout ce qu'exige la technique moderne, sont à la disposition des étudiants. *Anatomie pathologique.* C'est dans ce laboratoire où ont lieu les autopsies qui intéressent les différents services cliniques ; elles sont faites par les adjoints de clinique, assistés du préparateur de ce laboratoire et devant les élèves. Les différents cas d'autopsies sont enregistrés en détail dans un livre spécial confié au secrétaire de l'école ; ensuite on prend copie de ces cas, et on les adresse au chef du service intéressé. Les exercices pratiques d'anatomie pathologique comprennent en somme, d'une part, la technique des autopsies, et, d'autre part, l'histologie pathologique.

Enseignement clinique. — L'enseignement clinique se fait à l'*hôpital de la Misèricordia,* vaste établissement, contenant plus de 1.200 lits. Cet hopital dépend d'une confrérie laïque, laquelle, moyennant certaines prérogatives accordées par l'Etat, met ses salles à la disposition de la Faculté pour les besoins de son enseignement clinique. Cet enseignement comprend neuf cliniques : *deux cliniques chirurgicales, deux cliniques médicales, une clinique gynécologique et obstétricale, une clinique mixte de maladies des enfants, une clinique ophtalmologique et enfin une clinique psychiatrique.* Les chaires de clinique chirurgicale sont professées par le conseiller *baron de Saboia,* doyen de la Faculté, d'une part, et le *Dr Lima Castro,* d'autre part ; les professeurs de clinique médicale sont le *baron de Torrès Homem* et le *Dr Martins Costa ;* la clinique obstétricale et gynécologique est dirigée par M. le *Dr Erico Coelho ;* la clinique mixte des maladies des enfants, par M. le *Dr Barata Ribeiro ;* la clinique ophtalmologique, par M. le *Dr Hilario de Gouvêa ;* le professeur de la clinique et polyclinique des maladies cutanées et syphilitiques est le *Dr Gabizo ;* la clinique psychiatrique est sous la direction du *Dr J.-C.-T. Brandão.* Les professeurs de clinique chirurgicale et de clinique médicale ont sous leur direction deux adjoints en médecine ou en chirurgie et deux internes : les autres professeurs de clinique n'ont qu'un seul adjoint ; le nombre des internes est le même. Les médecins ou chirurgiens adjoints de clinique sont obligés de faire des cours auxiliaires sur des sujets tels que : *thermométrie clinique, orthopédie, les pansements,* etc., etc. Chaque service de clinique se compose de 60 lits. Depuis 1875, dans tous les services de chirurgie, les *pansements antiseptiques* sont rigoureusement employés. C'est là encore un progrès dû au professeur baron de Saboia, qui, le premier, a mis en pratique, au Brésil, le pansement de Lister. La *Clinique psychiatrique* se tient à l'hospice D. Pedro II, magnifique établissement ayant une population de 800 aliénés. Son administration dépend également de la *Santa Caza de Misericordia.*

Bibliothèque. — Comme complément de son enseignement, la Faculté de médecine de Rio de Janeiro possède une bibliothèque et un musée. La bibliothèque renferme 35,000 volumes, en langues portugaise, française, anglaise, allemande, italienne, espagnole, latine, etc. Plus de 120 journaux en différentes langues enrichissent annuellement sa collection. Les crédits qui lui sont affectés sont aujourd'hui de 10,000 fr. Elle est ouverte tous les jours, de 9 heures à 2 heures de l'après-midi et de 6 heures à 9 heures du soir. Nous tenons à signaler ici un important travail entrepris par son infatigable bibliothécaire, M. le Dr *Carlos Costa,* qui sous le nom d'*Annuario Medico Brasileiro,* dont le premier volume vient de paraître, a commencé à réunir tous les travaux intéressant les sciences médicales, dont les auteurs sont des nationaux ; que ces publications aient eu lieu ou non au Brésil ; c'est un véritable *Index medicus brésilien* appelé à rendre de grands services à la littérature médicale brésilienne. L'idée de ce travail remonte à 1885, époque où le Dr Carlos Costa, bibliothécaire, organisa une exposition des travaux brésiliens intéressant les sciences médicales.

Sous le patronage de la Faculté, il se publie, depuis 1884, sous le nom de *Revista dos Cursos theoricos e praticos da Faculdade de medicina do Rio de Janeiro,* une revue dont six numéros, ayant de 250 à 350 pages, sont déjà parus, ces numéros contiennent des mémoires originaux concernant des études pratiques, les recherches utiles faites dans les laboratoires ainsi que les observations et leçons sur les cas importants des cliniques.

Le musée *anatomo-pathologique* de la Faculté de Rio est tout à fait digne de remarque : il se compose de magnifiques collections de pièces en cire reproduisant les cas intéressants observés aux cliniques de Rio. Parmi ces collections, on nous a signalé, à juste titre, celle qui a été commencée, sous l'habile direction du Dr Ossian-Bonnet et qui a trait particulièrement aux cas appartenant à la pathologie brésilienne ; cette collection est aujourd'hui considérablement augmentée par le Dr Marconde-Rezende, directeur actuel du musée. Le moulage des pièces est exécuté par M. Anaeda, artiste italien, engagé à cet effet par la Faculté.

Frais d'études. — Les droits à payer comprennent ceux de la matriculation et ceux d'examens : pour les cours de médecine, ils s'élèvent à 612 $ reis, soit 1,530 francs ; pour les cours de phar-

macie, à 306 $ reis, soit 765 francs; pour les cours d'obstétrique, à 204 $ reis, soit 510 francs, et enfin pour les cours d'odontologie, à 306 $ reis, soit 765 francs.

Enseignement libre. — La Faculté de médecine accorde aux docteurs en médecine, pharmaciens ou dentistes, qui en font la demande, la permission de faire dans son enceinte des cours gratuits ou payants. Les praticiens étrangers, qui sont autorisés à exercer au Brésil, jouissent des mêmes prérogatives. Toutefois, le professeur libre doit soumettre son programme à l'approbation de la Faculté; son cours restant toujours sous la surveillance du doyen de la Faculté. Les femmes sont admises à tous les cours.

Personnel de la Faculté. — Les Facultés de Médecine sont placées immédiatement sous la dépendance du Ministre de l'intérieur. Leur budget qui est très élevé est réglé par le Corps législatif. Elles n'ont pas de revenus spéciaux. Ce budget pour 1886 était pour chacune des deux Facultés de Rio et de Bahia de: Personnel enseignant: 204 contos de reis, soit 510,000 francs. Personnel du secrétariat, de la bibliothèque et des laboratoires, 103 contos, soit 257,500 francs. Frais de matériel 146 contos, soit 365,000 francs. Total pour les deux Facultés de l'empire, *deux millions deux cent soixante et quinze mille francs.* — *Directeur.* La direction de la Faculté et du personnel est confiée à un Doyen nommé par le Gouvernement; il prend le titre de Directeur; il est suppléé par un Vice-Directeur; tous deux sont choisis parmi les Professeurs. — *Congrégations.* L'inspection scientifique de la Faculté appartient à la Congrégation, ou réunion plénière des professeurs titulaires. Le Directeur en est le Président. — *Professeurs.* Les Professeurs après 25 ans d'exercice ont droit à la retraite avec les 2/3 de leurs appointements; la retraite est *obligatoire* après 30 ans, mais avec la totalité de leur paye. Les appointements des Professeurs sont de quatre contos et huit cent milreis par an, soit 12,000 francs. — *Concours pour le professorat.* Les Professeurs sont nommés par décret sur présentation par la Faculté, après un concours auquel sont admis les Docteurs en Médecine de nationalité brésilienne, ayant obtenu leur grade d'une Faculté de l'Empire ou d'une Faculté étrangère. Les Docteurs en Médecine, étrangers au Brésil, peuvent aussi se présenter au concours, s'ils parlent correctement le portugais ou le *français* ou s'ils ont obtenu leur grade après avoir soutenu une thèse. Les étrangers nommés Professeurs ne peuvent recevoir leur titre qu'après avoir obtenu la naturalisation brésilienne. Les épreuves de ce concours sont: 1° La présentation d'une thèse sur un sujet choisi par le candidat et sa défense en public contre l'argumentation de trois professeurs; 2° Une épreuve écrite, sans préparation, sur un point tiré au sort parmi ceux choisis par une commission de professeurs; 3° Une épreuve orale publique, 24 heures après le tirage au sort du sujet de cette leçon; 4° Une épreuve pratique, consistant en expériences ou préparations ayant trait à la place en concours. Le candidat doit ensuite expliquer et justifier ses préparations, analyses ou diagnostics; 5° Une épreuve orale d'improvisation sur un sujet tiré au sort. Une heure est accordée au candidat pour coordonner ses idées sans recourir à aucun livre ou auxiliaire quelconque. — *Adjoints.* Les professeurs adjoints sont aussi nommés par décret après concours, mais pour le terme de dix ans. Les épreuves de ce concours sont les mêmes que celles exigées pour les chaires de professeurs titulaires, sauf l'épreuve orale d'improvisation et la thèse qui sont supprimées. Les adjoints perçoivent un traitement de 2 contos et quatre cent milreis, soit 6,000 francs par an. — *Préparateurs.* Peuvent concourir aux places de préparateurs, en outre les Docteurs en Médecine, les Pharmaciens et les Dentistes pour les laboratoires respectifs. Les épreuves demandées sont une épreuve écrite, une épreuve pratique relative à la matière du laboratoire, et une exposition orale sur un point tiré au sort, avec vingt-quatre heures de préparation. Les appointements des Préparateurs sont les mêmes que ceux des Professeurs adjoints. Leur nomination a lieu par Decret pour le terme de dix ans. — *Voyages scientifiques.* Tous les deux ans, chaque Faculté indique au gouvernement un Professeur ou un Adjoint, afin qu'il soit chargé de faire aux frais de l'Etat, des investigations scientifiques au Brésil, ou pour qu'il soit envoyé en pays étranger étudier les améliorations accomplies dans les méthodes d'enseignement, examiner les établissements et institutions médicales ou completer ses etudes. — *Publications d'œuvres de science.* Afin d'encourager la publication de livres de sciences medicales en langue portugaise, l'État se charge de l'impression de toute œuvre écrite par un membre du personnel enseignant, si celle-ci en est jugée digne par la Congrégation de la Faculté ou par une commission d'hommes competents nommés par le gouvernement. Il peut meme être alloué une récompense à l'auteur, pouvant s'élever à la somme de 5,000 francs, suivant l'importance du travail. — *Prix.* L'élève qui, ayant completé ses études médicales ou pharmaceutiques en obtenant toujours la note: «distinction», et qui est classé premier étudiant par la faculté, a droit comme prix à aller en Europe aux frais de l'État, s'appliquer aux études pratiques pour lesquelles il a de la prédilection ou qui lui sont désignées par la faculte. Deux prix ont en outre été institués par deux généreux donateurs. *Prix Gunning.* Il a été offert par le Dr Gunning, médecin anglais ayant fait sa fortune au Brésil. Il se compose des revenus de trente-cinq actions de la Banque du Brésil, et doit être distribué tous les quatre ans à l'élève qui aura étudié avec le plus de distinction l'histoire naturelle au Brésil, afin qu'il puisse se rendre en Europe continuer ces études. — *Prix Manoel Feliciano.* Ce prix a été institué par le baron de Ibituruna, médecin distingué de Rio-de-Janeiro, ancien élève du Dr Manoel Feliciano, ancien professeur de clinique chirurgicale. Il consiste en une médaille en or, attribuée à l'élève qui aura écrit la meilleure thèse de clinique chirurgicale.

Collation des grades. — Le jour où le grade de docteur est conféré aux jeunes médecins, est l'occasion d'une grande fête. Cette cérémonie a lieu à Rio, en présence de la famille impériale, des ministres, des professeurs et de tout un public composé de docteurs et de l'élite de la Société.

T. Colombie.

Dans la Colombie, il existe également, depuis 1866, une Université qui comprend quatre Ecoles, dont une de médecine. Cette Ecole est desservie par vingt-trois professeurs dont la plupart sont docteurs de la Faculté de Paris.

Le plan d'études est, à peu de chose près, le même qu'à la Faculté de Paris. Ainsi, l'Université de Colombie donne deux titres *licencié* en médecine, et *docteur-médecin chirurgien.* Les études qu'il faut faire pour avoir le titre de licencié sont les mêmes que la Faculté de Paris exige pour donner le titre d'officier de santé. Pour pouvoir prendre des inscriptions pour le doctorat, il faut, de même qu'à Paris, avoir les deux diplômes de bachelier ès sciences (restreint) et de bachelier ès lettres.

Les études pour le doctorat se font en six années scolaires. L'Ecole dispose d'un laboratoire de chimie et d'une collection d'histoire naturelle assez complète. Les travaux pratiques de dissection, de médecine opératoire et d'anatomie pathologique se font assez bien. Les travaux pratiques d'histologie sont insuffisants.

Quant à l'enseignement clinique, il se fait dans un hôpital qui contient 300 lits pour les services de médecine et chirurgie, 40 lits pour les services d'accouchements et de gynécologie, et 50 lits pour les enfants malades. Il y a un professeur pour chacun de ces services. Le nombre moyen d'élèves qui suivent les cours monte à environ 150. En général, le niveau des études médicales est assez élevé, vu les ressources du pays. On s'accorde à déclarer que l'Université des Etats-Unis de Colombie est une des plus avancées parmi les Universités de l'Amérique du Sud, sauf peut-être celles du Brésil.

U. Cuba.

L'étudiant cubain est intelligent, laborieux et enthousiaste, mais il se voit obligé à travailler démesurément. On ne fait rien pour faciliter au jeune élève de la Faculté de Médecine les moyens de rendre agréables, faciles et compréhensibles les arides études de sa carrière. Tout est abandonné à l'initiative et au bon vouloir de l'étudiant. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir l'Amphithéatre anatomique, principalement la salle destinée aux dissections: on y trouve de nombreux groupes d'étudiants occupés à ces exercices nécessaires, et rarement on y voit quelqu'un qui les dirige et les stimule. Ils sont là, accomplissant journellement leur devoir dans les pires conditions, sans bonne ventilation, et avec un éclairage insuffisant. Le musée ne possède que fort peu de préparations en cire, de planches, d'instruments, etc., de telle sorte que les jeunes cubains sont dans la nécessité de se procurer, a grands frais, de bons atlas et des instruments. Ceux qui sont les plus avances dans leurs études assistent aux cliniques dans les hopitaux situés aux extrémités opposées de la ville de la Havane. On se rend a l'un deux en chemin de fer; de la, il faut faire un certain trajet dans la montagne, sous l'action énervante du soleil de notre climat, pour se rendre à l'établissement sanitaire. Malgre de si grands inconvénients et de semblables pertes de temps et d'argent, on voit des étudiants se presser dans les salles des cliniques, avides d'apprendre et de savoir.

Ils sont habitués aux auteurs français, et il est très commun parmi eux de savoir traduire la langue de ces maitres. Les classiques dont ils se servent pour l'etude sont des livres d'auteur français: *Anatomie* de Sappey pour le 1er et le 2me cours; Béclard et Claude Bernard, pour le cours de *physiologie*; Gubler et Dujardin-Beaumetz, pour la *thérapeutique*; Jaccoud et Laveran pour la *pathologie medicale*; Foltin pour la *pathologie chirurgicale*; dans les cliniques, ce sont toujours les leçons publiées par les cliniciens français qui servent de guide.

De nos hopitaux sont sortis, depuis 8 à 10 ans, une série très remarquable d'internes, qui, comme les internes français, ont recueilli sur le terrain clinique une riche moisson de connaissances

médicales. — Mais, dans les hautes sphères et à l'Université, on apprécie pas assez les places conquises, par le concours dans les hôpitaux, et il en résulte un esprit de rivalité de mérite au point de vue de la valeur scientifique, entre les professeurs du collège de médecine et le corps médical des hôpitaux.

Il se publie à la Havane *six journaux de médecine* dont quelques-uns sont des plus instructifs. Nous avons trois centres officiels ou, chaque semaine, se réunissent les associés, pour se communiquer les conquêtes réalisées dans le champ de médecine ; ce sont la *société d'études cliniques*, la *Société anthropologique*, et l'*Académie des sciences médicales*.

Il existe en outre plusieurs *laboratoires d'histologie*, dont l'un est à la hauteur des meilleurs de l'Europe. Il est dirigé par un cubain, le Dr Santos Fernandez, et fréquenté par un groupe important de médecins de la ville. On y pratique les inoculations antirabiques de Pasteur, avec de bons résultats jusqu'à présent.

Beaucoup de médecins cubains reçoivent un grand nombre des publications médicales étrangères, brochures, thèses de doctorat, etc. et tiennent à orgueil d'être au courant des derniers progrès et des plus récentes conquêtes de la science.

V. Chili.

Le Chili ne possède qu'une seule Université, celle de Santiago qui exige des candidats au grade de docteur en médecine (lequel confère le droit d'exercice) un examen préliminaire, et six années d'études, avec examens portant sur toutes les branches de l'art de guérir.

W. Pérou.

L'Université de Lima, qui, seule, délivre des diplômes médicaux, confère le grade de licencié et celui de docteur : ce dernier titre est purement honorifique, et tout licencié peut l'obtenir. La durée des études est de sept ans ; les examens sont au nombre de cinq. Le gouvernement a, l'année dernière, institué une commission chargée de rédiger un projet de réforme de l'enseignement médical.

X. Venezuela.

On y trouve deux Universités celle de Caracas et celle de Merida. Leurs programmes et leurs règlements sont presque identiques à ceux de l'Université de Lima.

Y. Uruguay.

La Faculté de médecine de la république de l'Uruguay a été fondée en 1876 à Montévideo.

Les chaires, de plus en plus fréquentées, sont données au concours, auquel ont droit de prendre part les docteurs en médecine de tous les pays. Les cours sont divisés de la manière suivante :

1re année 9 mois de cours. — Histoire naturelle, physique et chimie medicales, anatomie descriptive et dissection.

2me année. — Anatomie descriptive et topographique, dissection, physiologie, hygiène, pathologie générale, anatomie pathologique.

3me année. — Pathologie interne et externe, matière médicale et thérapeutique. Cliniques interne et externe.

4me année. — Médecine légale et toxicologie. Cliniques médicale et chirurgicale. Médecine operatoire, appareils et bandages.

5me année. — Accouchements et maladies de femmes. Cliniques médicale et chirurgicale.

Les examens partiels ont lieu à la fin de l'année. Il faut, pour être reçu docteur, passer, en outre, un examen général de toutes les matières qui ont fait l'objet des examens partiels, et soutenir une thèse pour un sujet choisi par le candidat.

Les auteurs, les plus généralement suivis par les élèves, sont les professeurs de la Faculté de Paris.

Le nombre de sujets pour l'anatomie et les opérations est plus que suffisant, car un décret du ministère, met à la disposition de la Faculté les cadavres de tous ceux qui, étant morts à l'hôpital, ne sont pas réclamés, par les parents ou amis, dans les 4 heures qui suivent le décès (1).

Z. République Argentine.

La République argentine possède deux Universités pourvues de Facultés de médecine et délivrant des diplômes de docteur (2). Ce sont les Universités de *Buenos-Aires* et *Cordora*. Nul ne peut exercer légalement la médecine sur le territoire de la République s'il n'a passé l'examen de doctorat. Tout étudiant, pour entrer à l'école et se faire inscrire sur les registres de la Faculté, doit présenter son diplôme de bachelier et avoir l'âge de seize ans. La présence aux cours et aux cliniques est obligatoire pour tous les étudiants. Ceux qui, dans le cours de l'année, ont manqué trente fois aux appels du professeur, ne peuvent passer leur examen. Cependant la Faculté fait exception pour les matières de première et de seconde année. La durée des études medicales est de six années, réparties de la manière suivante. Première année : anatomie descriptive et dissection, Dr Catan; histologie, Dr Tamini. 2e année : pathologie générale, Dr J. Baca ; physiologie, Dr J.-M. Astegueta; histologie pratique, Dr Tamini ; anatomie topographique et dissection, Dr Catan. 3e année : matière médicale et thérapeutique, Dr A. Mattos ; hygiène, Dr Crespo. 4e année : pathologie externe, Dr L. Montes de Oca ; médecine opératoire, Dr Novaro ; clinique des maladies des femmes, Dr Pinto. 5e année : clinique ophthalmologique, Dr Aguirre; clinique chirurgicale, Dr Pirovano; pathologie médicale, Dr Araur; accouchements (premier cours), Dr Pardo; clinique médicale, Dr Peralta 6e année : clinique des maladies des enfants, Dr Blancas ; toxicologie, Dr Wilde ; clinique médicale (deuxième cours), Dr Peralta ; clinique d'accouchements, deuxième cours, Dr Pardo. Les cours de pharmacie comprennent la pharmacie pratique et la chimie pharmaceutique.

Les cours ont lieu du 1er mars au 31 octobre. L'examen général est divisé en trois parties : la première partie comprend les matières de 1re et 2e année ; la seconde, celles de 3e et 4e année, et la troisième celles de 5e et 6e année. Comme complément à l'exemen général, il faut exécuter une préparation anatomique et faire une épreuve de physiologie expérmentale. Le diplôme de docteur est obtenu après la présentation d'une thèse. La Faculté comprend deux ordres de professeurs : les titulaires et les agrégés. Les premiers sont nommés par le gouvernement et choisis d'après une liste présentée par la Faculté; ils sont nommés à vie et touchent 12.000 francs d'appointements par an. Les agrégés sont nommés par la Faculté. L'enseignement clinique a lieu dans l'hôptial des *Cliniques* qui a été donné par le gouvernement à la Faculté; celle-ci en a la direction. Cet hôpital, bati en 1880, est composé de cinq pavillons, séparés par des jardins. Chaque pavillon comprend un rez-de-chaussée et un premier étage. Les salles contiennent trente lits, un cabinet pour le professeur, un amphithéatre de cours et les cabinets de consultation complètent ces pavillons. Les malades sont ainsi répartis dans les diverses cliniques : 1° les cliniques médicale, ophthalmologique, chirurgicale, des maladies syphilitiques et cutanées, possèdent chacune soixante lits ; 2° les cliniques de maladies des enfants, de maladies des femmes, trente lits. La clinique des maladies mentales siège à l'hôpital de *las Mercedes*. La clinique d'accouchements est installée provisoirement à l'hôpital de *Mugeres*, en attendant l'achèvement du pavillon destiné à la maternité, lequel sera bientôt inauguré à la nouvelle Faculté. Tous les services cliniques sont pourvus d'une collection complète d'instruments. La méthode de Lister est suivie dans toute sa rigueur. Le service médical est fait par le professeur, accompagné d'un chef de clinique et de deux internes. Les chefs de cliniques et les internes sont nommés par la Faculté et choisis parmi les étudiants qui ont obtenu les meilleures notes. Le personnel administratif est laïque et placé sous la direction d'un docteur en médecine, tandis que les soins à donner aux malades sont confiés à des religieuses. L'enseignement pratique est donné dans les laboratoires de physiologie, d'histologie, d'anatomie pathologique, de bactériologie et dans l'amphithéâtre d'anatomie. Le personnel enseignant se compose du professeur, du directeur des travaux, docteur en médecine, et de trois adjoints, pour chaque laboratoire. Les laboratoires sont pourvus des instruments et réactifs chimiques nécessaires ; le tout est mis *gratuitement* à la disposition des élèves pour leur instruction et pour les recherches scientifiques. Le directeur du laboratoire d'anatomie pathologique est chargé du service des autopsies. Elles sont faites sous sa direction immédiate, par les étudiants de quatrième année. Les exercices de dissection pour les étudiants de première et seconde année ont lieu tous les jours, de une heure à quatre heures. Les cours pratiques de médecine légale ont lieu deux fois par semaine. Dernièrement on a inauguré le laboratoire de bactériologie qui porte le nom d'*Institut Pasteur* pour rendre un juste hommage au savant illustre qui a immortalisé son nom par ses grandes découvertes. Cet institut servira d'école à l'enseignement et sera destiné en même temps au traitement de la rage. Dans ce laboratoire, on a déjà traité trois enfants mordus par un chien enragé; le virus employé dans ces inoculations provient d'un lapin du laboratoire de M. Pasteur, qui fut apporté à *Buenos-Aires* par le Dr Davel. C'est ainsi que *Buenos-Aires* a été la première ville de l'Amérique du Sud qui a mis en pratique le système du savant Français. La Faculté de *Cordoca*, inaugurée en 1878, a la même organisation que celle de *Buenos-Aires*. La durée de l'enseignement est de six années. Les matières enseignées sont les suivantes : chimie pharmaceutique, Dr Delaperriere; anatomie descriptive et topographique, Dr Goddes ; histologie, Dr Barras ; dissection, Dr Pape; physiologie, Dr Smit; pathologie générale, Dr Moyano ; matière médicale et thérapeutique, Dr Cadenas hygiène, Dr Alvares; anatomie pathologique, Dr Mesa ; pathologie chirurgicale, Dr Lopes ; clinique d'accouchements et maladies de femmes, Dr Rossi ; médecine opératoire, Dr Piccisnini ; clinique ophthalmologique, Dr Smit; clinique médicale, Dr Ortis; clinique chi-

(1) Nous remercions le Dr de Saltoram, secrétaire de cette Faculté, à qui nous sommes redevables de ces renseignements.

(2) Nous devons ces renseignements à M. le Dr Carlos Madariaga, attaché à la légation argentine en France.

rurgicale, Dr Smit; clinique des maladies des enfants, Dr A. Ortis; médecine légale, Dr Massé. Pour l'enseignement pratique, la Faculté possède des laboratoires d'histologie, physiologie, anatomie pathologique et un amphithéâtre de dissection. La Faculté de *Buenos-Aires* compte environ 400 étudiants, celle de *Cordova* 150.

AA. Etats-Unis d'Amérique.

Les écoles médicales sont libres aux États-Unis. Les divers Etats ne prennent nul souci de l'Enseignement supérieur. L'initiative individuelle bâtit des écoles et se charge à elle seule de faire des médecins, des avocats, des ingénieurs, etc. L'Etat n'intervient que pour inscrire, sur les registres officiels, les diplômes qui lui sont présentés. L'Administration ne se refuse jamais à cette formalité; néanmoins depuis quelques années, certains *conseils de santé* (Boards of health) se montrent assez sévères pour certains diplômes, obtenus d'une façon un peu trop irrégulière. Les étudiants abandonnés par l'Etat, sont attirés par une foule d'écoles médicales libres; il y en a au moins une dans chaque ville principale des Etats Unis. Les plus grandes villes, telles que New-York, Philadelphie, Boston, Chicago, San Francisco, possèdent chacune trois ou quatre écoles, sans parler des écoles *homœpathiques*, des écoles *éclectiques*, des écoles de *femmes*.

Ces écoles sont généralement annexées à un hôpital qui fournit un matériel suffisant pour la clinique. On y enseigne l'anatomie, la physiologie, l'anatomie pathologique, la chimie médicale et une foule de spécialités et de sciences accessoires. Le programme semble donc des plus complets; mais ce n'est là qu'un mirage, et, en dépit des apparences, l'organisation de ces écoles est encore fort rudimentaire

Les étudiants américains sont toujours pressés d'acquérir leur brevet; il n'entendent pas traîner sur les bancs; ils font le budget exact de leur temps et de leur argent et ils s'adressent à l'Ecole qui ménagera le mieux leurs efforts. Les études durent trois ans; les épreuves d'admissibilité sont nulles, où elles se réduisent à une sorte de certificat de grammaire; les examens de sortie ne présentent que peu de garantie; le prix des études est d'environ quinze cents francs pour les trois années régulières. Si on voulait se montrer plus exigeant, les étudiants auraient vite fait d'abandonner des maîtres trop sévères pour se rendre à l'école rivale. Tel est le résultat d'une concurrence excessive et du désintéressement complet de l'Etat; les écoles libres, obligées de payer leurs dépenses avec les rétributions des élèves, sont obligées pour ainsi dire de rabaisser l'enseignement, et à cette condition elles obtiennent l'inscription d'un nombre suffisant d'étudiants, pour assurer le fonctionnement de l'école.

Nous devons mentionner néanmoins un certain nombre des mesures qui sont de nature à relever les études médicales aux Etats-Unis. D'abord la plupart des Ecoles ont décidé d'ajouter une *quatrième année* au cycle scolaire; il est vrai que cette quatrième année est facultative et que les étudiants ne s'empressent guère d'en profiter. Mais elle deviendra obligatoire dans certaines écoles, telles que l'école de John Hopkin à Baltimore, qui jouit de revenus considérables, qui compte des professeurs éminents et qui n'a pas besoin de la rétribution des étudiants, pour vivre et prospérer. D'autres réformateurs se sont proposés d'élever le niveau des études médicales en rendant les épreuves d'admissibilité à l'école, plus difficiles; c'est ainsi que l'on commence à exiger le latin, à l'entrée de l'école, ou bien la connaissance des sciences naturelles. M. Pepper, le médecin bien connu de Philadelphie, a eu l'heureuse idée de combler cette lacune dans les connaissances générales, de la façon suivante. Il a institué des cours de sciences naturelles, d'algèbre, de littérature, et les étudiants qui les fréquentent reçoivent un brevet spécial, dont ils se prévaudront dans leur carrière future. Les professeurs rivalisent de zèle avec les élèves, pour que les trois années passées à l'école soient aussi fructueuses que possible. La journée de l'étudiant est bien réglée et bien remplie; des répétiteurs nombreux entraînent les élèves et leur rendent la tâche bien facile. Dans certaines écoles, les étudiants trouvent un repas convenable dans l'établissement scolaire lui-même, et l'on s'arrange pour qu'ils soient logés en ville dans des conditions d'économie suffisante. Une fois munis de leur brevet, les nouveaux docteurs ne tournent pas le dos à l'école pour toujours; ils y reviennent de temps à autre, lorsqu'ils le peuvent, et ils suivent pendant six semaines des cours qui sont organisés spécialement pour eux et qui ont pour but d'élargir le cadre si restreint de leurs connaissances. Ces cours pour les *post-graduates* sont imités de ce qui se pratique dans les universités d'Allemagne; ils sont très utiles et nous n'avons qu'un regret, c'est que l'on ne trouve pas de cours analogues en France.

Enfin, il n'est pas un seul médecin américain qui ne rêve un voyage en Europe, pour y voir de près les grands maîtres, les Lister, les Lawson Tait, les Charcot, les Pasteur, les Koch, les Schrœder, les Billroth, et il en est bien peu, parmi eux, qui ne réalise ce rêve tôt ou tard, dans sa carrière médicale. La plupart exécutent ce voyage, dès qu'ils sortent de l'école, et ils viennent en Europe se fixer, pour six mois ou un an, dans une ville universitaire. Nous avons le regret de constater que Paris n'est plus le rendez-vous favori de nos confrères d'outre-mer; c'est à Vienne qu'ils vont pour la plupart; ils trouvent dans cette ville, une vie facile, un matériel énorme d'enseignement concentré dans un seul établissement, l'hôpital général; et par-dessus tout ils profitent d'un enseignement très pratique, très-vivant, donné dans les policliniques, dans les dispensaires nombreux, dirigés par des spécialistes éminents.

En résumé l'organisation des études médicales aux Etats-Unis est bien imparfaite et bien rudimentaire; néanmoins tout n'est pas à dédaigner et à critiquer dans cet ensemble, et nous retiendrons comme digne d'être imitées, certaines pratiques, telles que la distribution si méthodique de la journée de l'étudiant, les répétions hebdomadaires, dirigées par les professeurs suppléants et les cours de six semaines, professés pour les docteurs, désireux d'arrondir leur bagage scientifique.

Les institutions où l'on enseigne la médecine sont extrêmement nombreuses aux Etats-Unis; il n'est guère d'Etat qui n'en possède au moins une, et la liste que nous avons sous les yeux, et que nous renonçons à reproduire, n'en contient pas moins de 89. Parmi ces établissements, les uns sont des collèges ou des écoles de médecine; d'autres sont constitués par la section médicale des universités; l'origine de quelques-unes est fort ancienne: l'Université de Pensylvanie a été fondée en 1768; le collège des médecins et chirurgiens de New-York remonte à 1769; enfin l'Université de Harward, fondée en 1783, célébrait son centenaire avec un grand éclat il y a quatre ans (17 octobre 1883). Nous ne pouvons songer à donner des renseignements, même sommaires, sur des universités aussi nombreuses, aussi disparates entre elles, et nous devons nous borner à quelques détails sur les principaux centres d'enseignement médical.

L'Université de Pensylvanie, bien pourvue de laboratoires, délivre le diplôme de docteur en médecine aux candidats qui sont âgés de 21 ans au moins, qui sont de bonne vie et mœurs, qui ont suivi les cours de médecine pendant trois ans au moins, composé une thèse et subi leurs examens avec succès; elle compte parmi ses professeurs MM. W. Pepper, R. Penrose, Alfred Stille, Hayes Agnew, W. Goodell, Horatio Wood, John Ashurt jun., L. Duhring, etc.

L'Université de Harvard (Boston), l'une des plus importantes des Etats-Unis, exige depuis trois ans de ses candidats, avant toute immatriculation, un certificat d'études ou un examen préliminaire. La durée réglementaire des études est de trois ans, mais l'Université engage très vivement les étudiants à ne pas consacrer moins de quatre ans à leurs études. Les élèves sont divisés en classes suivant qu'ils sont plus ou moins avancés; les candidats au diplôme doivent être âgés de 21 ans au moins, avoir étudié la médecine trois ans au moins, et de préférence quatre ans (le cours d'études est divisé en quatre années), avoir passé à l'école au moins une année sans interruption, avoir subi un examen écrit sur toutes les matières prescrites, et avoir présenté une thèse. Cette Université compte parmi ses professeurs MM. Ch. Eliot, Bowditch, Oliver Holmes, H. Bigelow, Cheever, R. Edes, J. Otis, A. Post, J.-J. Putnam, Chadwick, etc. Il faut signaler en outre à Boston le collège des médecins et des chirurgiens.

Le collège des médecins et chirurgiens de New-York, également connu sous le nom de Faculté de médecine du collège de Columbia, ne comprend pas moins de dix cliniques, se rapportant à toutes les branches de l'art de guérir; les cours, au nombre de deux à six par jour, y sont obligatoires; la durée des études ne peut être inférieure à trois ans, et l'examen final est suivi de la présentation d'une thèse. Ce collège compte parmi ses professeurs MM. Dalton (physiologie), Alonzo Clark (médecine pratique), Gaillard Thomas (gynécologie clinique), Delafield (anatomie pathologique), A. Jacobi (maladies des enfants), F. Otis (clinique des maladies syphilitiques), E. C. Seguin (maladies du système nerveux), Lefferts (laryngoscopie).

L'Université de la ville de New-York possède aussi un personnel enseignant considérable, où figurent les noms de MM. A. Post, A. Loomis, Polk, Winters, etc. Les professeurs de clinique ont à leur disposition les hôpitaux de Bellevue et de la Charité, et les élèves sont admis à suivre ces cours gratuitement; il y a en outre au collège huit cliniques par semaine et cinq cours par jour, ainsi que des exercices pratiques; les dissections durent toute l'année et sont gratuites. Les examens de fin d'études sont au nombre de deux; ils peuvent être subis séparément ou en même temps.

Le collège médical de Bellevue compte parmi ses professeurs MM. Isaac Taylor, Fordyce Barker, Austin Flint, Lewis A. Sayre, Austin Flint jun., J. Bryant, Beverley Robinson, H. Noyes, J. P. Gray, etc. Il faut signaler dans l'état de New-York, la modeste Université du Niagara, dont le siège est à Buffalo, et qui durant l'année scolaire 1883-1884 possédait treize étudiants.

Enfin, c'est ici le lieu de dire quelques mots d'une excellente institution fondée à New-York il n'y a guère plus de quatre ans, et dont le plein succès a démontré l'utilité; nous voulons parler du Post-Graduate medical School and Hospital. Cet établissement ne confère point de grades, et n'admet que des médecins déjà diplômés; il est destiné à combler les lacunes que l'étudiant peut avoir laissé subsis-

ter, durant ses études scolaires, dans son instruction clinique générale ou spéciale; il a pour but aussi, et ce n'est pas la moins utile des attributions qu'il s'est données, de familiariser les praticiens qui exercent déjà depuis un temps plus ou moins long avec les méthodes et les découvertes nouvelles, inconnues ou mal connues à l'époque de leurs études, et aussi de leur familiariser l'étude de telle ou telle branche spéciale de la médecine vers laquelle ils se seraient trouvés tardivement entraînés par le courant de leur pratique. Cette école dès aujourd'hui florissante est excellemment outillée en vue de l'enseignement qu'elle distribue; elle compte parmi ses professeurs MM. James Little, William Hammond, F. Sturgis, E. Spitzka, E. Partridge, C. Dana, Ambrose Ranney, Mme Mary Putnam Jacobi, etc.

Le collège médical Jefferson, à Philadelphie, confère le grade de docteur en médecine aux candidats qui produisent un certificat de bonne vie et mœurs, qui sont âgés de 21 ans au moins, qui ont satisfait aux examens prescrits, et qui ont présenté une thèse de médecine composée et écrite par eux-mêmes. Ce collège ne délivre pas de diplômes honorifiques. Dans la liste de ses professeurs figurent les noms de MM. Roberts Bartholow, H. Chapman, J. M. Da Costa, W. H Pancoast, T. Parvin etc.

La Faculté de médecine de l'Université de la Louisiane dispose, pour son enseignement clinique, de l'hôpital de la Charité, qui contient 700 lits de médecine, de chirurgie et d'accouchements. L'administration de l'hôpital nomme chaque année 12 élèves résidents, qui sont entretenus aux frais de l'établissement; les vacances qui se produisent sont comblées par la voie du concours. Les candidats aux diplômes doivent être âgés de 21 ans, avoir trois ans d'études, avoir suivi régulièrement les cours pendant deux termes, et avoir subi l'examen d'une manière satisfaisante (1).

AB. Canada.

La puissance du Canada (Dominion of Canada) comprend sept provinces, dont trois ne possèdent pas de corps enseignant la médecine, à savoir : Nouveau Brunswick, Ile du Prince Edouard et la Colombie Anglaise ; La 4e, Manitoba, capitale Manitoba, possède le Manitoba médical Collège dépendant de l'Université de Montréal; la 5e, la Nouvelle Ecosse, population 440,885, capitale Halifax, possède une Faculté de Médecine, le « *Halifax Medical College* » fondé en 1867. L'élève est tenu de suivre six mois de cours pendant trois ans consécutifs. La sixième province d'Ontario, population 1,913,460, nombre de médecins 1,70 , possède six Ecoles de médecine, à savoir : La « *Toronto School of Medecine*, de Toronto, affiliée à l'Université de Toronto. Fondée en 1843; sessions annuelles de 6 mois. Exige quatre années d'études.— La « *Trinity medical School*, » de Toronto, affiliée à l'Université du collège de la Trinité et à l'Université de Toronto, fondée en 1850. Sessions annuelles de six mois. Exige 4 années d'études. — Le « *Women's medical College* » (Homœopathe) de Toronto, fondé en 1883. Les femmes seules sont admises. — Le *College Royal* des médecins et chirurgiens de Kingston, fondé en 1854. Sessions annuelles de 6 mois. Exige 3 ou 4 ans d'études ;—Le « *Women's Medical College* » de Kingston. Fondé en 1883, n'admet que les femmes ; — Le *Départe ment Médical* du Western University, fondé en 1882. Sessions de 6 mois. Exige 3 ans d'études.

La Province de Québec, population 1,358,469, possède cinq facultés de médecine,dont une à Québec et quatre à Montréal. La Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec a été fondée en 1852. Sessions annuelles de *neuf mois*,avec examens trimestriels ; elle exige quatre années d'études et n'accorde le titre de docteur en médecine qu'à ceux qui ont obtenu à tous leurs examens une des notes bien ou très bien. La succursale de l'Université Laval à Montréal est soumise aux mêmes règlements que l'Université Laval à Québec Fondée en 1878.—La Faculté de médecine de l'Université, Mac Gill,à Montréal, fondée en 1824. Session annuelle de six mois, obligatoire ; session d'été, facultative. Exige quatre années d'études. — L'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, fondée en 1843, affiliée à l'Université Victoria. Sessions de six mois, 4 années de cours.— Le Bishop's Collège de Montréal, fondé en 1870. Session de 6 mois, 4 années d'études. (Voir page 393).

En outre, chaque province possède son « Acte concernant la pratique de la médecine » et dans chaque province tous les médecins réunis forment un corps légalement constitué, connu sous le nom de « collège des médecins et chirurgiens de la Province de... » Ce collège élit un bureau de représentants pour l'expédition des affaires. Ces collèges possèdent beaucoup de privilèges. Ce sont eux qui ont charge de faire appliquer la loi médicale, qui règlent la durée des cours dans les Ecoles, définissent les qualifications requises des aspirants à l'étude de la médecine, qui contrôlent les examens dans toutes les facultés de médecine et nul ne peut pratiquer la médecine sans être muni d'une licence du collège de la Province.

(1) Voir encore, pour plus de détails, les correspondances de M. Thaon sur *les écoles médicales des Etats-Unis. Progrès médical*, 1884, nos 40, 43, etc.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la gastrite chronique (1)

OBSERVATION I.— *Gastrite chronique avec dyspepsie flatulente et dilatation de l'estomac* — Le nommé Fouc... (Jean), âgé de 20 ans, entre à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, Clinique médicale, le 8 janvier 1887. Son père est mort hydropique; sa mère vit encore et se porte bien. Il se dit malade depuis deux ans, et raconte qu'à cette époque il aurait eu une pleurésie, et que depuis lors il aurait vomi pour ainsi dire tous les jours. Il accuse aussi une certaine douleur au creux épigastrique, et dit qu'elle est plus vive quand il a mangé. Au reste, il n'a jamais ni craché, ni vomi de sang, ne tousse pas, mais a maigri beaucoup. Tous les jours il va à la garde robe. et parfois il a de la diarrhée. Pendant la digestion, il a de fréquentes nausées et des renvois presque incessants de gaz.

L'examen montre ce qui suit : le sujet est amaigri, sa langue est blanche, le creux épigastrique est un peu saillant, et, par la percussion, on limite facilement l'estomac.

L'organe est notablement dilaté; il remonte dans l'hypochondre gauche, jusqu'au cinquième espace intercostal; il descend, dans le ventre, jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Son grand diamètre, oblique de haut en bas et de gauche à droite, mesure vingt-cinq centimètres; son petit diamètre, perpendiculaire au précédent, vingt-trois centimètres. La dilatation est donc manifeste, et l'on détermine facilement le phénomène du flot par la manœuvre ordinaire. La pression n'est douloureuse dans aucune région de l'organe, et il n'existe pas de point douloureux du côté de la colonne vertébrale. Dans l'abdomen, rien autre chose à signaler ; le foie, en particulier, est à l'état normal.

Les autres organes ne présentent aucun siège morbide. A la base du poumon droit, sur la hauteur d'une main, on constate cependant une diminution de sonorité et une diminution de murmure vésiculaire, vestiges de l'ancienne pleurésie. Au niveau des articulations des premières et secondes phalanges des doigts, on reconnait l'existence des nodosités décrites par M. Bouchard, de Paris, comme très fréquentes dans la dilatation de l'estomac.

Le diagnostic porté est donc : *Gastrite chronique avec dyspepsie flatulente et dilatation de l'estomac*, et le traitement consiste dans le régime lacté et le lavage de l'estomac avec l'eau de Vichy artificielle.

Jusqu'au 19 janvier, ces moyens thérapeutiques sont employés sans grand soulagement pour le malade. On constate cependant une diminution dans la dilatation stomacale ; mais les gaz persistent, ainsi que les vomissements. A cette époque, l'on ajoute l'eau de Pougues Saint-Léger au lait pris par le malade, tout en continuant le lavage. Du jour au lendemain, le vomissement cesse pour ne plus reparaître. On continue jusqu'au 15 février, puis on permet successivement les féculents et la viande.

Le 25 février, le sujet quitte l'hôpital ; la digestion était régularisée, les renvois avaient disparu et l'estomac ne mesurait plus que dix-huit centimètres sur dix.

OBSERVATION II. — *Gastrite chronique avec dilatation stomacale et « vertigo a stomacho leso »*. — Martin Delr..., âgé de 34 ans, maçon, est entré à la Clinique le 24 février 1887. Depuis 1885, il souffre de l'estomac ; il a des renvois, des nausées et des sensations brulantes (pyrosis) à la gorge. Ces symptômes sont surtout accusés pendant la digestion. Il a déjà été soigné à la Clinique, a vu sa situation s'amender; mais le mieux n'a été que de peu de temps. Ce malade vomit presque tous les jours une partie de ses aliments; jamais il n'a eu de vomissements de sang. Pendant la digestion, il éprouve aussi des douleurs de tête et du vertige; il lui semble voir tourner tous les objets autour de lui et tourner aussi lui-même (vertige stomacal). Fréquemment il a de la diarrhée.

A l'examen, on trouve une dilatation notable de l'estomac, dont le diamètre transversal mesure trente centimètres et le diamètre vertical dix-huit centimètres. Pas de douleur à la pression au creux épigastrique, ni dans toute l'étendue de l'estomac ; production facile du phénomène du flot; pas de points douloureux le long de la colonne vertébrable. Rien a noter du coté des autres organes : le foie et le cœur, en particulier, sont sains ; artères légèrement athéromateuses ; les nodosités de Bouchard existent.

Le diagnostic s'imposait chez ce malade : *Gastrite chronique avec dilatation stomacale accompagnée du « vertigo a stomacho leso »* si bien décrit par Trousseau.

Le traitement conseillé a été le régime lacté et l'usage de l'eau

(1) Ces observations ont été recueillies à l'hopital Saint-André de Bordeaux, dans le service de Clinique médicale, salle 6 et salle 15. L'Administration des eaux minérales de Pougues avait libéralement envoyé plusieurs caisses d'eau pour les malades de la Clinique.

de Pougues Saint-Léger. Il n'y a pas eu nécessité de recourir au lavage de l'estomac, car de suite une amélioration notable s'est établie.

Après huit jours, l'estomac ne mesurait que vingt-cinq centimètres sur quinze, et; par conséquent la contractilité musculaire de l'organe avait reparu ; les vertiges avaient cessé, et si, pendant adigestion, il y avait encore du gonflement à l'épigastre, de la céphalalgie, quelques renvois, tous ces symptômes avaient considérablement diminué d'intensité. Après dix jours du traitement, on permit l'usage des féculents ; après quinze jours celui des œufs et de la viande.

Le mieux continua et fit quotidiennement des progrès, si bien que le 20 mars ce malade quittait l'hôpital dans d'excellentes conditions; le vertige, les vomissements, les troubles digestifs divers, la diarrhée, avaient tout a fait disparu.

VARIA

Inauguration du monument de Bretonneau, Velpeau et Trousseau, à Tours.

La ville de Tours a célébré l'inauguration du monument de Sicard, élevé à la mémoire de trois illustres médecins de ce siècle : Bretonneau, Velpeau et Trousseau, tous trois Tourangeaux.

C'est dans la salle des assises, au Palais-de-Justice, qu'a eu lieu la cérémonie. La salle était brillamment ornée. Au bureau, avaient pris place : M. le D[r] Louis Thomas, président ; MM. les D[rs] Duclos, Danner, Sainton, membres du comité d'érection du monument et plusieurs sommités médicales parisiennes, parmi lesquelles : MM. les D[rs] Brouardel, Peter, Guyon, Dieulafoy, Léon Labbé, Ch. Richet, Voisin, Edmond Labbé, Vidal, Constantin Paul, etc. M. le D[r] Louis Thomas, président du comité d'organisation, a ouvert la séance à 2 heures. Il a remercié tous ceux qui ont contribué à la réussite de l'œuvre et particulièrement les artistes Lalou et Sicard. M. le D[r] Duclos, professeur à l'Ecole de Médecine de Tours, a fait l'éloge de son maitre, Bretonneau. Il a montré la jeunesse de Bretonneau s'écoulant parmi cette société du dix-huitième siècle, si lettrée et si indépendante d'esprit. Bretonneau arrive à l'hôpital de Tours. Aussitôt il se révèle un maitre. Les travaux de Bretonneau ont été le point de départ d'une révolution dans la médecine. Bretonneau avait remarqué que beaucoup de maladies doivent leur origine à la contagion. Pour faire triompher ce principe, l'Ecole de Bretonneau a lutté pendant plus de quarante ans. M. le professeur Guyon (de Paris), prononce ensuite l'éloge de Velpeau. Les commencements de Velpeau ont été des plus difficiles. Velpeau était le fils d'un maréchal-ferrant. Il retrace successivement toutes les phases de l'existence du grand savant. Il le montre élève de Bretonneau et décrit la mort de ce lutteur : « Je suis né vieux, j'ai vécu vieux, je vais mourir jeune. » — M. Peter a parlé ensuite de son illustre maitre. Fils d'un maitre de pension, Trousseau appartint d'abord à l'enseignement secondaire. Il fut même professeur de rhetorique à Chateauroux. Un jour, à Tours, il rencontre Bretonneau dans un salon. Bretonneau lui dit : « Soyez médecin », et il fut médecin. — Les D[rs] Léon Labbé et Constantin Paul ont parlé ensuite au nom de l'Académie de médecine, et M. Després au nom de la Societe de chirurgie.

On se dirige ensuite vers le monument, situe dans le square de l'Archevêche. C'est la Tourraine assise, étendant une couronne de lauriers au-dessus des medaillons des trois medecins, adaptés au pédestal. M. le D[r] Fournier prononce quelques paroles, puis tout le monde se retire.

Le soir a eu lieu un banquet de quatre-vingts couverts à l'hôtel de l'Univers. M. le D[r] Louis Thomas porte un toast au doyen de la Faculte de médecine et aux professeurs qui sont venus assister à cette fête médicale. M. le D[r] Brouardel remercie M. Louis Thomas. D'autres toast sont portés par MM. les D[rs] Danner et Despres, M. le prefet et M. Drake del Castillo, conseiller géneral.

Faculté de medecine. (*Derniers renseignements*).

Cours de clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière). — M. le professeur CHARCOT. — Les leçons du mardi ont commence le 18 octobre; celles du vendredi commenceront le 18 novembre.

Clinique obstétricale. — M. P. BUDIN, agregé, chargé du cours, commencera les leçons de clinique obstétricale le samedi 12 novembre à 9 heures du matin et les continuera les mardis et samedis suivants a la même heures. Visite des malades tous les jours a 8 h. 1/2 du matin. (Hopital de la Charité).

Clinique medicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le P[r] SÉE commencera le cours de clinique, le lundi 7 novembre 1887, à 9 heures et demie, et le continuera tous les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Ordre du cours : Lundi, leçons sur les alterations du sang ; mercredi, examen des malades entrants ; vendredi, conférences de thérapeutique. — M. le P[r] CORNIL pratiquera les autopsies, tous les jours à 10 heures (Amphithéâtre Bichat). Le jeudi, à la même heure, conférences pratiques. Il commencera ses conférences le jeudi 10 novembre.

Cours libre de gynécologie. — M. le D[r] POZZI, agrégé libre, commencera ce cours, le mardi 15 novembre 1887 (petit amphithéâtre), à 6 heures de l'après-midi et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Programme du cours: *Maladies des organes génitaux de la femme.*

Cours d'histologie. M. le professeur MATHIAS-DUVAL commencera le cours d'histologie, le mardi 8 novembre 1887, à 5 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Objet du cours : *Le sang et les vaisseaux ; les épitheliums et les glandes; l'appareil génito-urinaire et les éléments de la génération.*

Clinique ophtalmologique. M. le professeur PANAS commencera le cours de clinique ophtalmologique, le lundi 7 novembre 1887, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Clinique et opérations à 10 heures. — Exercices ophtalmoscopiques, tous les mercredis.

Cours de clinique des maladies des enfants. M. le professeur GRANCHER a commencé le cours de clinique des maladies des enfants le samedi 5 novembre 1887, à 10 heures ; il le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Ordre du cours : Mardi : Leçon clinique dans les salles. Jeudi : Leçon d'anatomie pathologique dans le laboratoire. Samedi : Leçon à l'Amphithéâtre. Les lundis, mercredis et vendredis sont consacrés : le lundi, aux maladies des yeux et des oreilles ; le mercredi, à l'électrothérapie ; le vendredi, aux maladies de la peau.

Cours de clinique chirurgicale. M. le professeur VERNEUIL a commencé le cours de clinique chirurgicale, le vendredi 4 novembre 1887, à 10 heures (Hôpital de la Pitié), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique médicale à l'hôpital de la Pitié. — M. le professeur JACCOUD reprendra son cours de clinique médicale, le mardi 8 novembre 1887, à 9 heures 1/2 du matin et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure — Visite des malades tous les jours, à 9 heures du matin.

Cours de clinique médicale (hôpital de la Charité). — M. le professeur POTAIN commencera le cours de clinique médicale, à l'hopital de la Charité, le mardi 8 novembre 1887, à 10 heures, et les continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure. — La visite des malades aura lieu à 8 heures 1/2 du matin. — Leçons de séméiologie clinique, par M. Sapelier, chef de clinique, les vendredis à 10 heures ; leçons de chimie pathologique, par M. Esbach, chef du laboratoire de chimie, les lundis à 10 heures ; leçons de physiologie pathologique, par M. Gaucher, chef du laboratoire de physiologie pathologique ; les démonstrations d'anatomie pathologique par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ont lieu tous les jours.

Cours de chimie médicale. — M. le professeur GAUTIER commencera les cours de chimie médicale, le mardi 8 novembre 1887, à 1 heure (grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. M. Gautier traitera : 1° *Des métalloïdes et des métaux au point de vue spécial de leur application à la médecine ;* 2° *des substances organiques qui entrent dans la constitution des êtres vivants.*

Cours de clinique chirurgicale. — M. le D[r] LE DENTU commencera le mercredi 9 novembre, à neuf heures et demie, à l'hopital Saint-Louis, des conférences de clinique chirurgicale, qu'il continuera les mercredis suivants à la même heure.

Cours de pathologie externe (Enseignement libre). — MM. les D[rs] MICHAUX et RICARD, anciens prosecteurs, commenceront le lundi 21 nov. un cours *gratuit* de pathologie externe. Ce cours aura lieu tous les jours de 4 à 5 heures, à l'Amphithéatre n° 3 de l'Ecole pratique. Un progamme manuscrit indiquera l'ordre et le sujet des leçons.

Cours d'obstétrique. — M. le D[r] FOURNEL fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à huit heures du soir. Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstetricales. Un nouveau cours commencera le lundi 17 octobre. S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au docteur Fournel, 20 rue de la Michodière, les lundi, mercredi, vendredi, de deux heures à 3 heures et demie, ou au concierge du cours.

Maladies des voies urinaires. — M. le D[r] E. DESNOS, ancien interne des hopitaux, commencera à l'École pratique un cours sur

les affections de l'urèthre et de la prostate, le vendredi 11 novembre, à 5 heures, et le continuera les lundis et vendredis uivants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours pour une place de chef des travaux anatomiques vient de se terminer par la nomination de M. le Dr POIRIER, professeur agrégé d'anatomie. Nous adressons nos plus vives félicitations à notre ami et dévoué collaborateur, M. Poirier.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 7. — (Epreuve pratique). Méd. opér. : MM. Guyon, Reclus, Jalaguier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rémy, Reynier.

MARDI 8. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Peter, Hanot — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Panas, Rémy, Riemont-Dessaignes ; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Tarnier, Campenon.

MERCREDI 9. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Reclus, Maygrier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Joffroy, Chauffard.

JEUDI 10 — (Epreuve pratique). Méd. opér. : MM. Duplay, Peyrot, Brun. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Quenu.

VENDREDI 11. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Delens, Poirier, Segond. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rémy, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Budin, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, Déjérine.

SAMEDI 12. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) : MM. Peter, Legroux, Troisier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 8. — M. Thiau. De la réduction de la luxation du pouce en arrière. — M. Piedpremier. Uréthrocèle vaginale. — *Samedi* 12. — M. Gaudin. Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou. — M. Mongin. Etude anatomique et physiologique sur l'hémichorée symptomatique.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. —Du dimanche 23 octobre 1887 au samedi 29 octobre 1887, les naissances ont été au nombre de 1110, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 406 ; illégitimes, 170. Total, 576. — *Sexe féminin* : légitimes, 378 ; illégitimes, 156. Total, 534.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 octobre 1887 au samedi 29 octobre 1887, les décès ont été au nombre de 862, savoir : 446 hommes et 416 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 4, F. 7. T. 11. — Variole : M. 2, F. 4. T. 6. — Rougeole : M. 6. F 3. T. 9. — Scarlatine : M. 2. F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 0, F. 4. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 17, T. 30. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 101, F. 70. T. 171. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 12. T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 5, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 9, F. 20. T. 29. — Méningite simple : M. 17, F. 12. T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 19. T. 38. — Paralysie : M. 6, F. 1. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 5. T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 32. T. 64. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 7 T. 18. — Bronchite chronique : M 20, F. 16. T. 36. — Broncho-Pneumonie : M. 15, F. 11. T. 26. — Pneumonie M. 20, F. 23. T. 43. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 18. T. 35. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 10. T. 20 —Autres gastro-entérite : M. 2. F. 3. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 11, F. 7, T. 18. — Sénilité : M. 7, F. 25. T 32, — Suicides : M. 11, F. 1 T. 12. — Autres morts violentes : M. 7. F. 0. T. 7. — Autres causes de mort : M. 79 F. 72. T. 151. — Causes restées inconnues : M. 3 F. 4. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 15. Total : 43. *Sexe féminin* : légitimes, 22; illégitimes, 19. Total : 41.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CAZIN (M.), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de médecine opératoire à ladite Faculté, en remplacement de M. Beurnier, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. GUIBERT est maintenu, pour l'année 1887-1888, dans les fonctions de préparateur d'anatomie pathologique et d'histologie à ladite Faculté. — M. GUY est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions d'aide-préparateur du laboratoire d'hygiène à ladite Faculté.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Un congé d'inactivité, pendant l'année scolaire 1887-1888, est accordé, sur sa demande, à M. Delacourt, commis au secrétariat. — M. Hachet, maître répétiteur au lycée de Lille, est délégué dans les fonctions de commis au secrétariat, pendant la durée du congé accordé à M. Delacourt.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. GLANGEAUD, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de géologie et minéralogie à ladite Faculté, en remplacement de M. Robinet, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Un congé est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1887-1888, à M. DÉRUT, préparateur de botanique à ladite Faculté. — M. GARCIN, licencié ès sciences naturelles, est maintenu pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de préparateur de botanique.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat* : Questions traitées : *Muscles adducteurs de la cuisse* ; — *Os iliaque*.— *Concours du Prosectorat des hôpitaux*. Les épreuves orales ont commencé il y a une quinzaine de jours, après la remise des pièces sèches dont le sujet était, on s'en souvient : *Corps Thyroïde*. La question orale d'anatomie a été : *Cornée*. La question orale de physiologie a été : *Physiologie du larynx*.

Démission d'un chirurgien des hôpitaux de Paris. — M le Dr CRUVEILHIER, ancien chirurgien de la Maison de Santé, vient de donner sa démission de chirurgien de l'hôpital Beaujon.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — Le Concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1887, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à ladite école, est reporté au 15 novembre 1888.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 46. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 NOVEMBRE 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Oxyures et symptômes pseudo-méningitiques;

Par le Dr DEVAUX, ancien préparateur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Nancy.

J'ai eu occasion de recueillir dernièrement une observation nouvelle de fausse méningite tuberculeuse due à la présence d'oxyures dans le rectum. Ces faits ne sont pas absolument rares, mais cette observation m'a paru intéressante à d'autres points de vue encore, que je signalerai quand les faits auront été exposés.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une petite fille de trois ans n'ayant eu d'autre maladie qu'une rougeole légère; dentition facile et complète; pas de convulsions antérieures. Assez grande pour son âge et assez forte, caractère doux et tranquille, conditions de soins et d'hygiène parfaites.

Une grande tante maternelle a succombé à la tuberculose pulmonaire, et la mère a présenté six mois auparavant des symptômes de bronchite qui ont persisté deux mois et dont elle est parfaitement guérie. Les autres proches parents jouissent d'une santé parfaite.

Depuis un mois la petite malade avait éprouvé, à plusieurs reprises, des sensations de fatigue très passagères, et quelques jours auparavant, s'était réveillée en pleurant pendant la nuit, contre son habitude. Pas de changement dans l'appétit; pas d'amaigrissement; pas de céphalalgie; aucune modification du caractère; enrhumée depuis huit jours.

Le jour du début des accidents, l'enfant était allée rejoindre son père à un rendez-vous de chasse; déjeuner en famille, retour dans une voiture fermée vers quatre heures du soir, pendant une journée assez chaude. Aurait mangé et joué comme à l'ordinaire et sans excès, mais aurait éprouvé déjà une sensation de froid avec frissonnement pendant le repas et le retour. A 4 heures 1/2, petite promenade à pied pendant laquelle l'enfant éprouve à nouveau quelques légers frissons et une sensation de fatigue qui l'oblige à rentrer. A cinq heures, une selle moulée; nausées sans vomissements; l'enfant est mise au lit, et alors commencent les accidents nerveux: convulsions toniques plus marquées du côté gauche, avec raideur de la nuque, et trismus interrompues par quelques convulsions cloniques, mâchonnements, grincements des dents; déviation conjuguée de la face et des yeux; à gauche, dilatation variable des pupilles, plus souvent contractées, égales, réagissant peu à la lumière, pas de strabisme. Périodes de résolution avec somnolence, pendant lesquelles persiste le mâchonnement, les grincements de dents, les soubresauts des membres; puis retour à l'état convulsif antérieur sans alternance régulière des convulsions toniques, cloniques et de la somnolence; pas de paralysie.

Pouls irrégulier, inégal, variant d'un moment à l'autre de rhythme, de force et de fréquence; 140 pulsations environ à la minute; température 38°,3. Respiration très irrégulière présentant par moments le type de Cheyne-Stokes.

Dès l'apparition de ces premiers accidents convulsifs, il s'est manifesté une toux rythmique sur laquelle je reviendrai ultérieurement. L'enfant est couchée, les yeux fermés, les jambes et les cuisses en flexion; le ventre est déprimé; des bouffées de chaleur montent à la figure. Pendant les périodes de calme, l'enfant craint la lumière et le bruit, présente un faciès hostile, répond cependant aux questions quand on insiste, indique le creux épigastrique et la tête quand on lui demande si elle souffre et où elle a mal. A l'auscultation, quelques sibilances à droite.

Traitement: bromure et chloral, cataplasmes sinapisés aux jambes.

Un peu plus de calme quelques heures après et pendant toute la nuit, malgré la persistance du mâchonnement, des grincements de dents, et le retour intermittent des convulsions toniques et cloniques.

Deuxième jour. — Le lendemain matin, à six heures, calomel 0.80.

A huit heures du matin, même état que pendant la nuit, somnolence continuelle, quelques mouvements convulsifs dans les bras et dans les jambes, surtout à droite; le globe oculaire est souvent porté en haut, tantôt agité latéralement; pas de strabisme; dilatation normale des pupilles qui réagissent normalement; toujours du mâchonnement et des grincements de dents; pas de paralysie; la sensibilité paraît partout normale; toux de bronchite à intervalles peu rapprochés. L'auscultation fait découvrir quelques rares sibilances à droite; aucun signe d'induration des sommets. P. 120. T. 38°,5.

Même état pendant la journée, avec quelques moments d'aggravation des phénomènes convulsifs pendant lesquels se reproduit la toux rhythmique qui s'est manifestée dès le premier jour. Entre deux et trois heures de l'après-midi, trois selles renfermant des quantités énormes d'oxyures, amélioration notable. Lors de la visite du soir (six heures), l'enfant est trouvée assise sur son lit, la face rosée, regardant des images, elle demande à manger. Cessation de tous les phénomènes nerveux. P. 96. T. 37°,4.

L'enfant dort toute la nuit sans présenter aucun symptôme morbide.

Troisième jour. — Calomel 0.40. La journée est la nuit suivante sont tout à fait bonnes, une selle liquide. L'enfant prend un œuf et du lait.

Quatrième jour. — Alimentation modérée, l'enfant sort un peu au milieu d'une belle journée, pas de selle. Le soir malaise, inappétence, fatigue. La petite malade s'endort quelques heures et les accidents primitifs reprennent; somnolence avec convulsions toniques légères dans le cou, la mâchoire et les membres. De temps en temps, un accès de convulsion clonique vient modifier la scène, les yeux se retournent, se meuvent en tous sens; puis vient un intervalle plus ou moins prolongé de résolution avec somnolence, alors on peut appeler l'attention de la petite fille en lui parlant haut et lui arracher quelques mots. A six heures du matin, disparition définitive des accidents nerveux, sommeil pendant deux heures, puis réveil avec fatigue et abattement. P. 96. T. 38°.

Nouvelle prise de 0.80 de calomel, lavement vermifuge. L'enfant à plusieurs selles dans lesquelles un examen attentif ne fait découvrir aucun ver. Journée bonne, repos au lit, diète, pas d'élévation de température le soir. Depuis ce moment, aucun phénomène nerveux ne s'est présenté, il ne reste qu'un peu de lassitude et de faiblesse qui disparaissent en quelques jours.

Dans cette observation, nous trouvons trois faits dignes de remarque: l'apparition d'accidents nerveux du fait d'oxyures; la réapparition des mêmes symptômes, atténués quelques jours après la première atteinte, alors que l'examen direct de l'anus et des selles, après administration de contre-vers, n'a plus permis de déceler la présence de parasites; enfin les caractères spéciaux de la toux.

Il ne paraît pas possible de contester la relation de cause à effet qui existe entre la présence d'oxyures et l'apparition des accidents nerveux, d'autant plus que les parents m'ont appris ultérieurement que le frère aîné de cette enfant avait, une année auparavant, présenté, pendant une nuit, de l'agitation, des grincements de dents, des mouvements nerveux dans les membres; qu'il avait

des oxyures, à cette époque, et que ces phénomènes avaient disparu après l'administration d'un lavement vermifuge. D'ailleurs, dans l'observation rapportée plus haut, on voit la cessation brusque et immédiate des accidents nerveux, après expulsion des parasites. Je dirai plus loin d'ailleurs quelques mots du diagnostic différentiel.

Cette étiologie étant admise, voyons quelle doit être la pathogénie de ces accidents. Les symptômes sont ceux d'une excitation bulbo-spinale de nature réflexe, produite par le mécanisme suivant : irritation causée par les parasites eux-mêmes, portant sur les filets terminaux du pneumo-gastrique, retentissement sur les centres nerveux, irritation et enfin réaction de ces centres. Cette réaction n'est pas localisée aux noyaux bulbaires, qui sont en connexion intime avec les points où aboutissent les nerfs centripètes irrités; il se produit des phénomènes de voisinage, une extension du mal et enfin hyperkynésie des cellules motrices bulbo-médullaires; en un mot, une véritable névrose réflexe. De même que dans le tétanos, l'irritation d'*un* nerf centripète produit une irritation et une réaction de *toutes* les cellules motrices médullaires et des convulsions toniques généralisées, de même l'irritation de quelques filets du pneumo-gastrique a produit des convulsions toniques et cloniques généralisées. Dans ce cas, aussi bien que dans le tétanos, il faut, en outre, de l'excitation déterminante, une prédisposition de l'appareil nerveux central, sans laquelle les accidents ne se produiraient pas : les plaies des extrémités sont fréquentes, le tétanos est une maladie rare; beaucoup d'enfants sont atteints d'oxyures, mais bien peu sont en proie à des symptômes nerveux graves. Mais évidemment, dans le cas qui nous occupe, les oxyures existaient dans le rectum bien avant la venue du mal; malgré leur développement très rapide, ils n'auraient pu, en quelques heures, se produire en aussi grand nombre qu'on les a rencontrés. Il faut donc expliquer l'apparition brusque des accidents, bien que la cause existât quelque temps auparavant. Ce n'est pas un fait rare dans l'histoire des maladies du système nerveux, que cette éclosion soudaine de manifestations graves, alors que la cause elle-même s'est accrue très peu ou même pas du tout. Les accidents urémiques ou éclamptiques apparaissent souvent sans que l'urine ait nécessairement subi une diminution notable; les tumeurs cérébrales qui ont une marche lente et progressive donnent lieu à des symptômes apoplectiques ou convulsifs subits, séparés par des intervalles où le mal est complètement latent. C'est pour expliquer ce phénomène, que Schrœder van der Kolk a comparé les cellules nerveuses à des bouteilles de Leyde où s'accumule une irritation produite d'une façon lente et continuelle, et tout à coup a lieu une ou plusieurs décharges successives, après lesquelles un certain espace de temps est nécessaire avant que le même phénomène puisse reparaître. De même chez notre malade, l'irritation lente et progressive due aux oxyures a donné tout à coup lieu à des accidents graves. Mais une autre propriété du système nerveux est la suivante : chez un malade prédisposé une fois que l'impulsion première est donnée, les accidents peuvent persister même après suppression de la cause, ou même se reproduire alors qu'ils ont complètement cessé, sans nouvelle excitation causale : un épileptique, une hystérique verront leurs accès se produire par séries quand quelquefois ils sont restés pendant longtemps sans aucune manifestation morbide; il m'a été donné d'observer dernièrement une jeune personne de 20 ans qui depuis l'âge de 14 ans n'avait pas eu d'accès d'hystérie et qui eût une série d'attaques après avoir reçu ou cru recevoir un coup de pierre; la cause n'avait évidemment pas persisté, puisque aucune manifestation locale n'a pu me convaincre qu'elle avait réellement été touchée par le projectile. De même notre malade, débarrassée de ses parasites, a eu trois jours après un retour des accidents.

Mais les faits ne sont pas au premier abord absolument comparables en ce sens que, dans le cas qui nous occupe, la cause n'avait peut être pas totalement disparu. On sait, en effet, combien il est difficile de chasser en une fois tous les oxyures, et on pourrait dire qu'il en est resté quelques-uns et qu'ils ont passés inaperçus dans les selles lors de l'administration des contre-vers, après la seconde série d'accidents. On sait d'autre part que ces parasites, en très grand nombre, peuvent déterminer de très légères ulcérations de la muqueuse qui ont pu persister malgré l'expulsion des vers supposée complète. Dans l'un et l'autre cas, les filets terminaux du pneumo-gastrique ont pu continuer à être irrités; cette irritation s'est propagée aux centres : nouveaux réflexes, de là nouvelle apparition des accidents. Mais cette excitation tant périphérique que centrale devait être moindre qu'elle n'avait été avant la première manifestation morbide (en raison de la moindre intensité de la cause) et n'aurait pas suffi à produire tout ce cortège d'accidents si le système nerveux n'avait été mis en imminence morbide par les premières convulsions. Il semble donc parfaitement raisonnable d'admettre que le système nerveux a fait presque seul les frais de cette nouvelle attaque, comme dans une autre circonstance il continue à faire du tétanos après section du nerf dont l'irritation a fait naître la maladie.

Le tétanos nous permet encore une comparaison. On sait, en effet, que les accidents nerveux peuvent dans cette maladie survenir après guérison de la plaie qui est la cause du mal : c'est ainsi que j'ai eu occasion de donner dernièrement mes soins à un jeune garçon qui fut pris de tétanos trois semaines après s'être fait extraire une dent, la cicatrisation étant complète. Ces comparaisons tombent nécessairement devant la théorie qui fait du tétanos une maladie virulente; mais cette théorie n'est rien moins que démontrée, et, pour ce qui est du cas que je viens de rapporter, on n'avait pas eu de mémoire d'homme connaissance de cette maladie dans le pays, et on n'en a pas vu depuis, bien que l'écrasement et les plaies contuses des doigts soient très fréquents en raison de l'industrie du pays.

La seconde apparition des accidents serait donc due à la persistance *latente* de l'irritation nerveuse réveillée par l'excitation due à des oxyures restants, ou par tout autre cause étrangère, si légère qu'elle soit.

Inutile d'insister, je crois, sur la pathogénie de chaque symptôme en particulier. Les convulsions toniques et cloniques, la déviation de la face et des yeux, les troubles du pouls et de la respiration, l'ataxie vasomotrice relèvent uniquement de l'irritation bulbospinale. L'élévation de température plus marquée après les périodes convulsives peut tenir en partie à la convulsion tonique elle même, mais plus vraisemblablement encore à un désordre des centres régulateurs de la température siégeant eux aussi dans le bulbe.

Il me reste à parler d'un symptôme que j'ai laissé dans l'ombre jusqu'alors et que j'ai seulement signalé sous le nom de *toux rhythmique*. Cette toux qu'a présentée la petite malade à l'une et l'autre manifestation

morbide est caractérisée par un effort de toux n'amenant pas d'expectoration et ne paraissant pas déplacer les mucosités bronchiques comme l'auscultation permet de le constater. Elle revenait périodiquement, toujours identique à elle-même à des intervalles de 1 à 3 secondes, puis se calmait progressivement. Cette toux rhythmique disparaissait pendant un espace de temps variant entre quelques minutes, une heure et plus, puis revenait au maximum au moment où les convulsions étaient elles-mêmes plus intenses. L'enfant était atteinte antérieurement de légère bronchite qui donnait lieu à une toux ordinaire, revenant à une heure ou deux d'intervalle, et caractérisée par plusieurs efforts successifs dont le dernier produisait l'apport de mucosités à la bouche. La toux observée que j'appelle rhythmique paraît se distinguer complètement de la toux due à la bronchite et, s'être produite sous l'influence du système nerveux indépendamment de l'irritation bronchique qui est cause ordinairement de ce reflexe; car elle paraît accompagner et suivre dans son intensité les paroxysmes nerveux et cesse complètement en dehors des convulsions; elle diffère d'ailleurs totalement de la toux due à la bronchite, que présente aussi la petite malade, par son retour rhythmique et son caractère automatique.

Cette toux ne relève donc pas de l'affection pulmonaire qui peut tout au plus joindre son action irritative à l'état nerveux antérieur pour déterminer l'apparition de ce symptôme. Ainsi, si la bronchite influe, ce n'est que secondairement en localisant, pour ainsi dire, l'excitation nerveuse indépendante d'elle sur les centres qui président à la toux. Ce symptôme serait donc, lui aussi, un signe d'excitation bulbaire.

Comme toujours, cette toux est réflexe, mais sa pathogénie diffère de la toux ordinaire dont chaque manifestation succède à une excitation périphérique; chaque effort de toux, bronchique, stomacale, hépatique, même la toux vermineuse ordinaire est la conséquence de l'irritation d'un filet terminal du pneumo-gastrique. Ici la toux paraît due à l'irritation bulbaire totale dont elle n'est qu'un mode de réaction. D'ailleurs elle a bien les caractères qu'imprime le système nerveux à quelques-uns de ses modes de réaction, tels que la respiration de Cheyne-Stokes rhythmique aussi, le tremblement régulier de la paralysie agitante, etc.

Il me reste à envisager cette observation sous son côté pratique, à rapprocher les symptômes observés d'autres affections ayant des manifestations semblables, entre autres de la méningite tuberculeuse. Je serai bref à ce propos, le diagnostic différentiel des accidents nerveux dus à la présence de vers en général se trouvant dans tous les ouvrages classiques.

Commençons d'abord par la méningite. Dans le cas qui nous occupe, les prodromes faisaient à peu près complètement défaut : aucune modification dans l'appétit, pas de troubles digestifs, aucun changement dans le caractère, pas de céphalalgie, une seule fois seulement le sommeil avait été troublé. Les antécédents héréditaires étaient douteux, il existait un peu de bronchite, mais sans fièvre et sans symptômes généraux assez marqués pour faire supposer qu'il y eut une infiltration tuberculeuse diffuse du poumon.

Néanmoins les prodromes manquent quelquefois dans la méningite, la tuberculose peut atteindre les méninges après les manifestations pulmonaires très légères. Rien ne pouvait donc, de ce coté, permettre d'éliminer absolument la méningite tuberculeuse. Une fois les symptômes nerveux établis, le diagnostic était peut-être encore plus difficile : c'est en effet dans la méningite tuberculeuse qu'on rencontre le plus souvent ces convulsions sans grand fracas, qui sont surtout marquées par de la raideur des membres, des contractions, des grincements de dents, des mouvements dans les yeux, des symptômes pupillaires interrompus parfois par quelques convulsions cloniques; le pouls et la respiration étaient irréguliers et inégaux, la céphalalgie existait, le ventre était déprimé, les membres inférieurs en flexion; il est vrai que l'enfant n'avait pas eu de vomissements, mais des nausées seulement, et que la constipation manquait. Malgré tout, il y avait lieu de s'y tromper jusqu'à ce que l'administration du calomel ait mis sous les yeux le corps du délit. C'est donc un principe, je crois, que j'ai toujours appliqué, de donner du calomel à dose purgative au début de toutes les affections douteuses de ce genre, comptant plutôt sur l'action anthelmintique du calomel que sur les propriétés fondantes du mercure.

Je passe sous silence le diagnostic différentiel, facile à établir, avec le tétanos, l'hystérie et l'épilepsie. Les antécédents héréditaires et personnels, l'âge de l'enfant permettaient d'éliminer *à priori* ces affections. Il ne reste qu'un mode d'accidents nerveux qui pouvait entrer en ligne de compte, je veux parler des convulsions qui précèdent quelquefois l'éclosion d'une pyrexie ou même d'un simple embarras gastrique. Je ne parle pas de la dentition qui était complète chez notre malade. Il n'existait aucune épidémie dans le voisinage de l'enfant et elle ne présentait pas les congestions catarrhales des muqueuses qui manquent rarement dans la rougeole et la scarlatine, ni les maux de reins caractéristiques de la variole. D'un autre côté les convulsions sont rares dans l'embarras gastrique, sauf quand les vomissements très intenses indiquent une irritation violente ou une surcharge alimentaire de l'estomac; les vomissements ont manqué dans le cas qui nous occupe. Dans ces cas les convulsions sont d'ailleurs caractérisées par de grands mouvements cloniques. Les antécédents et l'examen des urines permettaient d'éliminer l'urémie. Toujours est-il que l'examen attentif des selles sera le meilleur moyen de trancher le diagnostic.

Quant au traitement, le meilleur et même le seul sera celui qui répondra à l'indication causale, inutile donc d'y insister.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Mélancolie anxieuse avec délire des négations;

Par J. SEGLAS, médecin-adjoint de la Salpêtrière.

Dans un précédent travail (1) nous avons déjà rapporté un cas de cette forme particulière de mélancolie anxieuse accompagnée d'un délire d'une couleur toute caractéristique et que M. Cotard a décrite sous le nom de *délire des négations* (2). L'observation qui va suivre, pour etre moins complète que la première que nous avons publiée, en est cependant un nouvel exemple.

OBSERVATION. — *Antécédents héréditaires; — Deux accès de mélancolie à forme anxieuse, troisième accès à la ménopause. — Etat d'anxiété, hallucinations de la vue, idées de persécution, de ruine, de négation, tentative de suicide. — Mutisme prolongé, analgésie, attitude orgueilleuse.*

Mme C... âgée de [illegible] ans. *Antécédents héréditaires* : Le

(1) J. Séglas. *Arch. Neurolog.*, 1884, nº 22.
(2) Cotard. *Ann. méd.-psych.*, sept. 1880 et *Arch. Neurolog.*, sept. 1882.

père de notre malade, ainsi que son *grand père paternel* sont morts *paralysés* sans avoir présenté de troubles intellectuels. Rien du côté maternel.

Antécédents personnels : Rien de particulier dans l'enfance de la malade. Aucune maladie antérieure, pas d'enfants : caractère égal et assez doux, aucun accident névropathique jusqu'en 1865. Cette année là Mme C..., a présenté quelques intervalles d'anxiété peu intense ; elle était *inquiète*, préoccupée mais n'a pas déliré, paraît-il. Ces inquiétudes, qui s'étaient dissipées, se sont montrées de nouveau en 1873 : elle eut alors quelques idées de nature hypochondriaque ; elle pleurait, déchirait ses mouchoirs dans des accès de colère, des sortes de « crises nerveuses » mais sans convulsions. Le sommeil est alors resté relativement bon. Les sentiments affectifs n'ont subi aucune modification.

L'accès actuel a débuté il y a environ 4 mois (mai 1884) au moment où la ménopause s'est établie. Cet accès a pris une forme plus caractérisée que les précédents, le sommeil a disparu, la malade a eu des hallucinations, elle *voyait* des gendarmes à sa poursuite, elle ouvrait les armoires pour voir si elles ne renfermaient pas des espions. Elle s'accusait d'avoir volé, perdu sa famille. A cette époque elle fit une *tentative de suicide* par strangulation.

Depuis ce temps jusqu'au jour où nous voyons la malade (23 août) l'état mental n'a fait que s'aggraver. Mme C..., est devenue de plus en plus *inquiète* : les idées de ruine sont toujours prédominantes, puis apparaissent des idées de persécution, elle écoute les personnes qui causent dans la rue et veulent lui faire du mal ; on va la mettre en prison, sa bonne est un espion payé par la police ; les aliments qu'on lui présente sont pourris, elle ne mange plus, elle a peur de tout le monde et veut toujours être seule. En même temps, elle néglige son ménage, sa toilette... Elle ne veut plus rien accepter de ses parents dont elle se méfie et à qui elle dit : « Je vous vois, et *ce n'est pas vous* ». Elle se montre *résignée* à son sort et n'a jamais cherché à réclamer. Santé physique bonne ; pas de stigmates de dégénérescence.

24 *août*. Craintes d'empoisonnement entraînant le refus d'aliments, idées de ruine persistantes. Faciès des plus anxieux. L'attitude et les mouvements de Mme C..., traduisent bien des inquiétudes qui l'agitent.

27 *août*. — Elle est changée, elle est un être dégradé, une autre personne : *Ce n'est plus elle*, Mme Ch..., *elle n'existe plus, elle est morte, elle n'est plus en chair ni en os.* Elle consent avec peine à manger. Sommeil très irrégulier.

30 *août*. — *Elle n'a plus de langue ni aucun organe.* Aussi parle-t-elle difficilement et comme si elle avait de la bouillie dans la bouche ; pas d'inégalité pupillaire, la motilité est intacte, la sensibilité un peu diminuée. Mme C..., est morte, elle *n'est plus elle-même*, aussi ne veut-elle pas reconnaître ses parents qui sont, dit-elle, ceux de Mme Ch..., et non les siens puisqu'elle est changée : elle voudrait mourir aussi. Anxiété très prononcée. Refus d'aliments : elle ne mange plus, dit-elle, comme tout le monde, mais d'une façon bizarre, particulière et qui prouve sa transformation.

4 *septembre*. — La malade est moins expansive, mais les idées délirantes persistent néanmoins.

10 *septembre*. — L'état de la malade s'est un peu modifié ; elle dort mieux, est plus calme, n'avoue pas ses idées délirantes ; l'anxiété a fait place à une dépression assez accentuée.

12 *octobre*. — Elle manifeste de nouveau certaines inquiétudes, on la regarde drôlement ; elle est cependant calme, dort et mange assez bien. Ne veut pas travailler.

26 *octobre*. Cherche à s'isoler, cause peu, manifeste de temps à autre quelques idées exentriques, elle avoue elle-même qu'elle se sent la tête drôle, mais n'en dit pas plus long. Elle est très froide vis-à-vis de sa famille.

22 *novembre*. — Même état.

20 *décembre*. — A partir de ce moment jusqu'en *juillet* 1885, l'état de la malade qui ne présente aucune modification, est le suivant. Aucun trouble somatique ; l'état général de la malade est bon ; ce qu'il y a de particulier chez elle c'est son attitude et un mutisme qui dure pendant toute cette période. Cette *attitude particulière* ressemble par plus d'un point à celle des aliénés atteints d'idées de grandeur. Bien que Mme C..., ne change rien à son costume, elle a une façon de marcher gravement, de porter la tête, de regarder les gens qui l'approchent qui lui donne un air de fierté dédaigneuse appréciable pour tout le monde et qui frappe d'autant plus qu'il n'existait pas au début de l'accès. Nous avons souvent entendu les personnes qui l'approchaient parler de « ses grands airs de marquise. »

Quant au mutisme, il n'est pas absolu, bien que Mme C..., ne réponde à aucune des questions qu'on lui adresse, sa mimique est encore expressive ; de plus, la nuit elle cause, mais à voix basse, avec la personne qui partage sa chambre répétant tous les jours à heure fixe les mêmes phrases : telle que le soir : « dormez-vous, madame » ; le matin « il fait jour, il faut se lever, on va bientôt déjeuner ». Elle a pris certaines habitudes, telles que de s'asseoir à une place déterminée, de ranger ses affaires d'une certaine façon. Si l'on change quelque chose à cela, elle devient très inquiète et pour peu que l'on continue elle se met en colère, mais toujours sans parler ; l'expression de sa physionomie et son attitude indiquant seuls son inquiétude ou son mécontentement. Elle mange bien, dort convenablement, paraît très bien comprendre ce qu'on lui dit ; elle ne travaille pas ; manifeste une répulsion incroyable pour tous les membres de sa famille. Son mutisme et son insensibilité à la douleur, sont tels que s'étant fracturée l'humérus dans une chute, elle ne l'a pas dit ; et que la gène de ses mouvements ayant attiré l'attention, pendant les manœuvres nécessaires à la réduction de cette fracture, elle n'a pas dit un mot ni poussé un cri.

1886. *Décembre*. — L'état de la malade ne s'est aucunement modifié.

Nous pourrions répéter, à propos de cette malade, ce que nous avons dit de celle qui faisait le sujet de notre première observation ; car toutes deux ont de grands points de ressemblance. — Les éléments de diagnostic que nous avions cherché à mettre en relief se retrouvent ici, au moins pour la plupart. C'est ainsi que l'anxiété mélancolique, les idées hypochondriaques particulières semblables à celles des paralytiques généraux, l'analgésie, les tendances au suicide rentrent bien dans le cadre des symptômes signalés dans la forme spéciale de mélancolie que nous avons en vue.

En outre, l'apparition des idées de négation au troisième accès seulement, avec des idées de persécution faciles à distinguer de celles des persécutés autant par leur marche que par les réactions à peine marquées qu'elle déterminent, la malade subissant ses peines avec résignation, ne font que confirmer le diagnostic et par suite porter un pronostic défavorable. En effet les intermittences sont exceptionnelles, et les rémissions même très rares dans cette forme particulière de mélancolie anxieuse.

Nous signalerons, en terminant, l'absence des idées de damnation assez fréquentes chez cette sorte de malades pour que M. Cotard ait pu d'abord se demander si ce n'était pas là une nouvelle forme de folie religieuse. — Ici nous trouvons en place des idées de persécution, la crainte de la police. Cela, en somme, n'a rien de bien étonnant et le fond de la maladie n'en est pas moins le même. En effet, ces deux sortes d'idées peuvent, à notre avis du moins, être considérées comme équivalentes et ne diffèrent que par leur couleur. Elles peuvent même coexister ou se remplacer l'une l'autre, comme on le voit dans d'autres formes vésaniques telles que le délire de persécution ; elles dépendent surtout de l'éducation antérieure, du milieu social.

D'un autre côté, il s'en suit que les idées d'immortalité signalées par M. Cotard en rapport plus ou moins direct avec les idées de damnation peuvent alors faire place à des idées de grandeur. Au premier abord ces idées semblent manquer chez notre malade ; son mutisme nous empêche d'être affirmatif sur ce point, ce-

pendant son attitude et sa démarche, eu égard au caractère frappant qu'elles ont pris dans les derniers temps, sembleraient assez indiquer que Mme C... a au moins des sentiments d'orgueil très prononcés.

Nous retrouvons donc, en somme, la marche ordinaire et les symptômes de la maladie. Si parmi ces derniers quelques-uns sont moins accentués, cela n'a rien d'étonnant, et ce fait se retrouve dans bien d'autres affections. Et c'est justement ces cas-là dont le type est moins bien défini, ou subit quelques variations, qu'il est important de connaître.

Quant à déterminer la place qu'on peut leur attribuer dans le cadre nosologique des affections mentales, nous avons déjà donné notre opinion sur ce point dans notre précédent travail : nous pensons que ce sont là des périodes terminales ou tout au moins avancées de certains états mélancoliques correspondant, à ce qu'à l'étranger plusieurs auteurs ont désigné du nom de *Paranoia secondaire* (1), ou de *Secundare Verrucktheit*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Médecine légale : M le Pr Brouardel.

L'institut médico-légal de la Morgue compte aujourd'hui environ dix années d'existence. Créé de toutes pièces par M. le professeur Brouardel, aménagé progressivement par l'Administration, cet établissement peut aujourd'hui défier la concurrence avec n'importe lequel de ses pareils des autres Universités européennes : il serait même plus exact de dire qu'il ne peut être actuellement comparé à aucun autre, grâce à la direction de son enseignement, et à la richesse de ses moyens d'études. Trois conférences ont, en effet, lieu chaque semaine, et pendant toute l'année scolaire. Chacune de ces conférences est accompagnée d'une autopsie et étudie un nouveau problème. Bien plus, l'instruction du médecin légiste se complète heureusement dans des laboratoires de chimie analytique, d'histologie et de toxicologie, où tous les instruments sont mis à sa disposition. Aussi l'assiduité aux conférences et aux exercices pratiques pendant une année permet-elle de connaître à peu près la manière de résoudre tous les problèmes qui sont posés au médecin expert. L'institut médico-légal fournit un enseignement professionnel complet. Il a son autonomie absolue et il vit indépendant de tout autre établissement. Les conférences de cette année ont été inaugurées vendredi 4 novembre par M. le professeur Brouardel. Au début de son exposition, l'éminent doyen a rappelé à ses auditeurs les conditions dans lesquelles ils sont admis à assister aux autopsies médico-légales. Ces dernières, comme tous les actes de l'instruction, devraient, en réalité, demeurer strictement secrètes (2). C'est donc par pure tolérance que les étudiants en médecine sont autorisés à y prendre part. Mais M. Brouardel n'a obtenu cette concession des magistrats qu'en assimilant les étudiants aux médecins et en affirmant qu'ils garderaient le secret professionnel. Aucun des faits découverts à l'autopsie ne doit donc être dévoilé par les assistants. Jusqu'ici, du reste, cette tolérance n'a donné lieu à aucune plainte. Le cadavre qui faisait l'objet de la conférence de vendredi était celui d'une vieille femme écrasée par une voiture lourdement chargée. Les lésions multiples reconnues à l'autopsie ont été minutieusement détaillées par M. Brouardel.

(1) Voir J. Séglas. *La Paranoia* (*Arch. de Neurologie*, jan. 1887).
(2) Dans l'état actuel de la législation.

Les Conférences ont lieu les lundis (M. Vibert) ; les mercredis (M. Brouardel) ; les vendredis (M. Descouts), à deux heures. Quand donc l'Administration se décidera-t elle à agrandir un amphithéâtre de plus en plus insuffisant ? C'est aux architectes qu'il appartient désormais de parfaire une œuvre que M. Brouardel peut avec fierté revendiquer comme sienne.

Cours d'Histologie : M. le Pr Mathias-Duval.

Le Cours de M. le Pr Mathias-Duval s'est ouvert le mardi 8 novembre à cinq heures dans le grand amphithéâtre. Dès quatre heures et demie la salle était à moitié remplie ; elle était comble à cinq heures. Le professeur, accueilli par des applaudissements enthousiastes, remercie ses auditeurs, non pour lui seulement, mais pour l'histologie qu'il est heureux de voir apprécier par les élèves et arriver sous peu sous une impulsion nouvelle à la place qu'elle doit avoir. Cette première leçon est consacrée en partie à l'étude des efforts faits pour rendre l'histologie accessible et facile à tous. Le professeur passera en revue tout son programme en deux ans ; cette année-ci est donc le complément de l'année précédente. C'est là un bon exemple ; assez de cours à l'Ecole n'embrassent qu'une si faible partie du programme, qu'il faudrait trois, quatre ans ou plus, pour passer en revue toutes les matières. De plus, un cours auxiliaire d'agrégé sera fait l'été, et conçu de telle sorte que toutes les matières du programme d'histologie soient passées en revue en un an. Ce cours sera cet été confié à M. Quénu. Le Professeur entre ensuite dans quelques détails sur l'organisation des travaux pratiques. Au lieu d'une chapelle en ruines, les élèves ont maintenant une installation spacieuse et claire. Les étudiants de troisième année seront tous appelés en hiver, de façon à n'arriver à l'examen qu'après avoir vu, de leurs propres yeux vu, les matières sur lesquelles on les doit interroger. Les élèves de seconde année seront appelés en été, et arriveront à l'histologie après avoir déjà vu l'anatomie, et subi un commencement de préparation par les cours théoriques. Les travaux auront lieu l'après-midi ; de façon cependant à ne pas entraver le cours des exercices de dissection. De plus, les élèves pourront, en dehors des séries, venir regarder des pièces ; en effet, les travaux pratiques auront toujours un personnel présent, ce qui était difficile à réaliser dans l'éloignement de la rue Vauquelin. Allons plus loin que le Professeur et souhaitons que ces laboratoires des travaux pratiques ne se contentent pas de donner à heures fixes l'instruction pratique élémentaire aux étudiants, mais qu'ils deviennent de vraies concentrations de chercheurs, d'où puissent sortir des travaux, où puisse se créer un centre de recherches, un ensemble qui constitue le laboratoire plus que des salles spacieuses, mais vides en dehors des heures réglementaires.

Les laboratoires de M. le Professeur Cornil, de M. Laborde entre autres, montrent qu'on peut aller au delà du rôle modeste des travaux pratiques, et créer à l'Ecole un centre pour les études d'histologie normale ; ce qui n'existe actuellement, au point de vue médical, qu'au Collège de France et de plus dans quelques entreprises particulières.

Après avoir exposé les détails de cette organisation nouvelle, M. Duval entre dans son cours, qui portera d'abord sur le sang et les épithéliums. Il nous promet dans un avenir prochain d'élucider devant nous les questions de développement qui se rattachent au sang et aux vaisseaux, questions auxquelles les théories anciennes de His, reprises par Waldayer, donnent un intérêt actuel. Mais il débute par un exposé de l'histoire de la cellule, nécessaire avant d'aborder l'étude de tels éléments particuliers.

L'étude de la cellule végétale (Malpighi, Schwann), celle de la cellule animale (Schleiden), sont exquissées à traits larges, simples, saisissants, avec cette clarté connue du professeur, dont l'éloge n'est plus à faire.

Les grandes lignes des questions sont rattachées et reliées par un historique qui montre le développement même des idées dans la série des chercheurs; les rapports des faits annoncés avec la physiologie, les applications pathologiques sont précisés et élargissent à chaque pas les questions les plus arides en apparence. L'Etudiant qui se figure entrer dans un ordre de choses abstrait et un peu en dehors du réel coutumier, qui croit avoir à se débattre contre des minuties de clinique, faisant, dans son idée, de l'histologie une chose assez voisine de la photographie, se trouve avec joie dans une science claire, philosophique par excellence, rattachée par les fondateurs de l'anatomie générale à la grosse anatomie, lancé d'autre part en tête des sciences biologiques par l'énorme développement des études d'embryologie. Il comprend alors ce mot d'*anatomie générale*, qui lui avait paru jusque là exagération ou métaphysique et qui lui semble clair, grâce à la merveilleuse exposition du Professeur.

Clinique médicale de la Charité : M. Pr le Potain.

Au début de sa première leçon, faite le 8 novembre 1887, M. Potain annonce que, comme l'année dernière, son enseignement sera complété par des conférences cliniques, anatomo-pathologiques et chimiques, faites par le chef de clinique et le personnel du laboratoire. Débutant par des considérations de clinique générale, M. Potain insiste tout d'abord sur l'importance que présente l'étude pathogénique de phénomènes cliniques souvent semblables. La congestion pulmonaire en est un bon exemple, ainsi que le montre le professeur. Aussi l'étude et la classification séméiotiques doivent-elles toujours être aidés de l'analyse anatomique. Mais il est un point sur lequel M. Potain a particulièrement insisté, c'est ce qu'il appelle la *miophragie organique* (1). Voici ce qu'il entend par là : un organe peut être altéré dans sa structure; son fonctionnement en est modifié, mais néanmoins il peut être suffisant tant que ne survient aucun trouble de l'état général; au moindre écart, ce fonctionnement juste suffisant ne l'est plus assez ; cet équilibre instable est rompu, et les accidents morbides surviennent. Par une nombreuse série d'exemples, M. Potain montre l'exactitude de cette proposition, que tout médecin d'ailleurs s'est maintes fois formulée à lui-même et a pu facilement vérifier. Quelques-uns de ces exemples sont curieux : un homme arrive à la consultation se plaignant d'une légère douleur précordiale, on l'engage à entrer simplement dans le service : en montant l'escalier, il tombe mort. A l'autopsie on trouve une des artères coronaires complètement oblitérée, l'autre avait suffi juste à faire vivre le cœur à l'état normal ; la fatigue de la consultation et de l'ascension de l'escalier avaient rompu l'équilibre et cette seule artère n'avait pu suffire alors à ce surcroit de besogne. Dans un autre cas, cinq voleurs surpris avaient un certain nombre de pièces d'argent qu'ils avaient dérobées; quatre les rendent sans accident; il fallut faire la gastrotomie au cinquième, jusque-là très bien portant, mais dont le pylore rétréci, bien que permettant l'alimentation à l'état normal, n'avait pu se dilater suffisamment pour laisser passer ces volumineux corps étrangers. — Les auditeurs habituels de M. Potain ont applaudi leur maître.

(1) De μιός, moindre, et φράζω, indiquer.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : M le Pr G. Sée.

M. le professeur Sée a ouvert son cours le lundi 7 novembre 1887. Tout d'abord, il a exposé ce que serait son enseignement durant l'année scolaire qui commence : le lundi leçon didactique sur les altérations du sang; le mercredi sera consacré au diagnostic, à l'examen des nouveaux et à des conférences pratiques au lit des malades ; le vendredi sera réservé en général à la thérapeutique. Entrant immédiatement en matière, le professeur a commencé l'étude des altérations du sang « sujet absolument neuf » car tout ce qui avait été dit sur ce point, depuis le livre : *du sang et des anémies* du professeur Sée, qui remonte déjà à 22 ans, jusqu'à ces dernières années, a été renversé depuis peu, mais rien n'a été édifié à la place. De très nombreux et remarquables travaux de détail ont été publiés, mais aucune œuvre d'ensemble n'a encore vu le jour; c'est à cette tâche longue, ardue, mais pleine d'intérêt que le professeur Sée veut se consacrer, en y appliquant toutes les ressources de la clinique physiologique.

Choisissant tout d'abord comme exemple l'anémie, le professeur montre combien ce terme est improprement appliqué à des états pathologiques très différents : les surmenés, les inanitiés, les dyspeptiques qui n'assimilent pas sont affaiblis, pâles, on dit qu'ils ont *de l'anémie* et on les range à côté des chlorotiques ou encore des exsangues par l'hémorrhagie. Or, sauf l'aspect, ils n'ont rien de commun. L'étude intime du sang permettra de comprendre, de classer chacun de ces types cliniques; elle seule montrera clairement ce qu'est l'anémie, ce que sont ces fausses anémies.

Qu'est-ce donc que le sang ? C'est, d'après la pittoresque comparaison du professeur Sée « un commissionnaire qui trafique et fait des échanges », important dans ses globules l'oxygène, dans son plasma les produits alimentaires, puis s'en servant pour faire des échanges avec ces divers tissus de l'organisme et enfin exportant par ce même plasma l'acide carbonique et les résidus du fonctionnement organique et s'en débarrassant par l'exhalation pulmonaire ou les émonctoires, foie et reins surtout. Ce *tissu liquide*, grâce à ces procédés, maintient à l'état normal sa composition invariable aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue physique. La pléthore de Stahl est donc une pure invention, néfaste par les applications dangereuses qu'on en a faites.

On le voit, le professeur Sée entreprend encore une étude nouvelle de longue haleine ; travailleur infatigable, dès qu'une œuvre est achevée, il en commence une autre, tout prêt à sacrifier ses idées anciennes lorsqu'elles ne sont plus d'accord avec les progrès les plus récents de la science. C'est dire tout le profit que peuvent tirer les élèves de l'enseignement d'un maitre qui posssède une aussi longue expérience.

Clinique des maladies de l'enfance : M. le Pr Grancher.

Le samedi 5 novembre, à l'hôpital des Enfants-Malades, M. le professeur Grancher a commencé ses leçons de *Clinique infantile*. Comme les années précédentes, son enseignement ne se borne pas à la simple pratique, mais abordant la pathologie générale, il touche à des sujets d'un intérêt scientifique plus élevé encore, et discute les grands problèmes de la médecine.

En effet, dès sa première leçon, inspirée par la communication si interessante de M. Brouardel au Congrès de Vienne, le professeur a cherché quelles devaient être

les frontières de la fièvre typhoïde. On se rappelle que, s'appuyant sur trois observations où la fièvre typhoïde avait sévi dans des familles, en atteignant quelques membres d'une façon bénigne, et ayant eu un dénouement fatal pour d'autres, M. Brouardel avait conclu à l'existence d'une *typhoïdette*. C'est à cette question que M. Grancher a consacré sa leçon d'ouverture.

Mettant en parallèle l'opinion du Dr Pénard, qui diagnostiquait l'embarras gastrique, dans les cas où M. le professeur Brouardel voyait la typhoïdette, et les opinions de Lorrain (1877), de Murchison (1878), M. Grancher a conclu à l'existence de deux tendances dans la pathologie générale. La première, représentée par Louis (1829) et Wunderlich, dont le Dr Pénard est l'écho, veut avec Grisolle qu'il y ait trois maladies distinctes, l'embarras gastrique grave, la synoque et la typhoïde. La seconde tendance avec Trousseau et depuis les représentants de la pathologie expérimentale, veut voir dans tous les cas la même maladie soit une typhoïde bénigne ou typhoïdette, soit une typhoïde grave, la fièvre typhoïde.

En effet, la pathologie expérimentale seule peut mener à cette conclusion, car la symptomatologie est souvent incertaine dans ses conclusions, et l'anatomie pathologique fait défaut dans les cas bénins. Sans conclure avec autant d'affirmation que M. Brouardel à l'unité de la typhoïde, de la synoque et de l'embarras gastrique, M. Grancher affirme ses sympathies pour cette théorie vers laquelle la pathologie expérimentale tourne les esprits.

Cours de physiologie à la Faculté des sciences de Paris : M. le Pr Dastre.

Le successeur de Paul Bert à la chaire de physiologie de la Faculté des Sciences, M. le professeur DASTRE, a consacré sa leçon d'ouverture de lundi à l'éloge de son illustre prédécesseur. Il a rappelé les nombreux travaux scientifiques de ce dernier et il n'a eu qu'à énumérer ses remarquables recherches pour montrer quelle place tient Paul Bert parmi les savants de cette seconde partie du XIXe siècle. « On a regretté, a-t-il dit, qu'une aussi belle intelligence se soit dispersée dans plusieurs directions; on a déploré qu'elle ne se soit pas limitée à la seule étude de la physiologie, là où elle avait déjà marqué par de si admirables découvertes. Mais, en réalité, le génie de Paul Bert consistait à faire plusieurs choses. Quand, à partir de 1870, sa carrière est devenue double, quand il a commencé à donner une bonne partie de son temps aux questions politiques, il n'a pas cessé d'occuper un des premiers rangs parmi les savants contemporains. Aujourd'hui, nous pouvons dire que Bert a tenu la promesse de ses débuts : l'œuvre capitale que l'on attendait de lui, il l'a réalisée dans son livre sur la *Pression barométrique*. Après les critiques dont ce magnifique travail a été l'objet en France et surtout à l'étranger, je n'hésite pas à dire que la découverte de la toxicité de l'oxygène est peut-être la plus remarquable qui ait été faite en physiologie depuis vingt ans. »

M. Dastre montre ensuite le rôle de la physiologie dans les Facultés des sciences : ce rôle est tout différent de celui qu'elle tient dans les Ecoles de médecine, là où elle doit avoir à chaque instant en vue les applications à la pathologie et à la thérapeutique. Puis, dans une très heureuse digression, il rappelle les polémiques auxquelles a donné lieu récemment le transfert des chaires de physique médicale, de chimie et d'histoire naturelle médicales dans les Facultés des sciences : il fait voir l'intérêt qu'auraient les futurs médecins à posséder, avant de commencer leurs études professionnelles, des notions exactes et générales de science pure. C'est, du reste, M. Dastre qui, le premier, en 1879, dans son rapport à la Société d'Enseignement supérieur, a insisté sur la nécessité de cette modification.

Le cours de vendredi prochain (18, rue de l'Estrapade, à 3 heures et demie) sera consacré à l'examen des découvertes de Paul Bert sur la pression barométrique et à l'exposé du programme que le nouveau professeur compte suivre dans son enseignement. L'Institut physiologique de la rue d'Ulm est certainement appelé à devenir désormais un centre important pour les études expérimentales.

Clinique ophthalmologique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu : M. le Pr Panas.

M. le professeur PANAS a recommencé ses leçons cliniques, le lundi 7 courant, devant un très nombreux auditoire. Il a pris l'ophthalmie granuleuse pour sujet de cette première clinique. Après avoir indiqué la distribution géographique de cette affection, sa fréquence dans certains pays et sa rareté dans d'autres, son développement dans les grandes agglomérations humaines, et sa contagiosité due très probablement à l'existence d'un microbe pathogène encore imparfaitement connu, le professeur a exposé l'état actuel des connaissances anatomo-pathologiques acquises relativement à l'ophthalmie granuleuse. Les granulations ne sont pas, comme on l'a cru longtemps, et comme on le trouve encore écrit partout, une altération des papilles de la conjonctive ; cette manière de voir repose sur une erreur anatomique, car la conjonctive n'a pas de papilles. Les lésions siègent dans la couche sous-épithéliale de la conjonctive, ou couche des cellules lymphoïdes rondes, situées entre l'épithélium et le derme conjonctival : les granulations sont de véritables lymphomes. A côté de cette forme typique vient se ranger la conjonctivite folliculaire, qui se distingue de la conjonctivite granuleuse proprement dite par quelques différences dans la localisation des lésions, par sa marche discontinue et par sa gravité un peu moindre ; mais, en somme, ces deux variétés ne diffèrent que très peu l'une de l'autre, et souvent l'ophthalmie folliculaire n'est que le premier stade de l'ophthalmie granuleuse. La conjonctivite granuleuse entraîne souvent à sa suite, du côté de la cornée, des complications dont la gravité prime de beaucoup celle des lésions palpébrales. Les altérations cornéennes ont été attribuées à une action purement mécanique, et l'on a incriminé à ce point de vue les frottements incessants exercés par les granulations sur la surface de la cornée ; dans les cas anciens, c'est indirectement que les granulations agissent, en amenant, par rétraction cicatricielle des cartilages tarses, l'entropion et le trichiasis avec toutes leurs fâcheuses conséquences possibles. M. Panas s'attache à établir que cette théorie mécanique des accidents de la conjonctivite granuleuse, sans être absolument fausse, est néanmoins entachée d'une part d'erreur.

On voit des trachomateux avancés qui n'ont pas de complications cornéennes, tandis que d'autres, qui ne présentent, du côté de leurs paupières, que des lésions peu accentuées et de date récente, ont néanmoins une cornée fort altérée. Or, si l'on recherche attentivement le pourquoi de ces différences dans l'évolution de la maladie, on en arrive à reconnaître qu'il faut les attribuer à une question de terrain et l'on constate que sur 100 granuleux atteints de complications cornéennes, 95 au moins sont strumeux à des degrés divers. Il ne suffit donc pas, pour guérir la maladie, de guérir les granulations, il faut instituer un traitement constitutionnel, sous peine de voir, en dépit de la guérison des granulations, les lésions cornéennes continuer leur évolution comme si l'on n'avait rien fait. C'est au traitement interne reconstituant qu'il y a lieu de s'adresser et peut-être même à un traitement spécifique dans

le sens de la tuberculose. La thérapeutique des granulations est mauvaise. Il y a des granuleux que nous n'arrivons pas à guérir, quoi que nous fassions, et l'on a essayé toutes les méthodes catectiques sans en trouver une seule qui fournisse des résultats constamment satisfaisants. Il faut donc chercher ailleurs les moyens de guérison et s'adresser au terrain par l'emploi des modificateurs généraux de l'organisme.

M. Panas professe avec une extrême clarté et sait donner un vif intérêt aux questions les plus arides de son enseignement spécial. Ces qualités précieuses du professeur, la parfaite organisation de son service et le soin avec lequel il s'occupe d'en utiliser tous les matériaux pour l'instruction de ses élèves, justifient pleinement le succès toujours croissant de la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu et en font un centre d'instruction dont nous ne saurions trop recommander la fréquentation.

De l'hémorrhagie par rupture traumatique de varices des organes génitaux externes.

A propos d'un article sur les hémorrhagies par rupture traumatique de varices des organes génitaux externes pendant la grossesse (1), M. le Dr Boissard, chef de clinique adjoint à la Faculté, a bien voulu nous signaler une observation qui avait échappé à nos recherches bibliographiques. Nous croyons, avec M. Boissard, qu'il peut y avoir un intérêt scientifique à rappeler ce fait qui vient s'ajouter à ceux que nous avions cités. Le résumé suivant qu'il donne de l'observation, laquelle se trouve tout au long dans la thèse de M. Mougeot (2), montre bien l'analogie du cas en question avec celui que nous avons rapporté :

Le 12 janvier 1883, on apporte à Lariboisière une femme enceinte d'environ 6 mois ; cette femme est exsangue ; elle vient d'être prise d'une hémorrhagie formidable survenue sur l'impériale d'un tramway après s'être assise par mégarde sur une des barres de fer formant la séparation des places.

A son arrivée dans le service, le sang a presque cessé de couler, le pouls est filiforme, l'état syncopal grave. Au toucher, on arrive sur le col assez ferme, ayant conservé toute sa largeur, on ne constate la présence ni du placenta, ni de partie fœtale, ni de caillots, ni de thrombus vaginal ou vulvaire ; on ne peut reconnaitre le point de sortie du sang ; pour éviter le retour d'une nouvelle hémorrhagie, on pratique le tamponnement vaginal à l'ouate phéniquée, on réchauffe la malade et on fait six injections sous-cutanées d'éther sulfurique.

Le lendemain on enlève le tampon avec précaution; le Dr Pinard ne trouve pas de sang dans le vagin, mais il constate la présence de quelques légères varices et d'une ecchymose à la partie inférieure de la vulve ; sur la petite lèvre gauche, à deux ou trois centimètres de la fourchette, il voit une veine variqueuse qui, après un examen attentif, lui parait avoir donné le sang ; c'est donc là le point de départ de l'hémorrhagie. Le 26, la femme accouche en expulsant l'œuf entier, le fœtus mort restait dans le liquide amniotique. — Suites de couches physiologiques ; le 23 février, la malade part pour le Vésinet.

A ce fait, nous ajouterons un cas, inédit jusqu'ici, qui vient de nous être communiqué par le Dr Rapin (de Genève). M. Rapin raconte qu'il y a 18 ans, appelé auprès d'une femme enceinte de six mois pour une hémorrhagie génitale survenue tout d'un coup, il fut surpris, en examinant cette primipare, de l'énorme développement des veines des grandes lèvres et se demanda, en présence de cet état variqueux, si l'hémorrhagie qui avait eu lieu ne provenait pas de la rupture d'un vaisseau vulvaire. Ce fut en effet ce que lui démontra son examen ultérieur. Bien que cette femme, ajoute le Dr Rapin, ait eu depuis plusieurs grossesses, cet accident ne s'est pas reproduit. T. Legry.

(1) Voyez le *Progrès médical*, 22 octobre 1867, p. 315.
(2) *Contribution à l'étude des ruptures variqueuses vulvaires pendant la grossesse.* — Th. de Doctorat, Paris, 1883.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 octobre 1887. — Présidence de M. Janssen

M. Ch. Bouchard étudie le *Naphtol comme médicament antiseptique.* Pour certains objets, cet agent mérite d'être préféré à tous les antiseptiques connus : ce qui lui vaut cette supériorité, c'est sa très faible solubilité. Il doit être préféré pour le traitement interstitiel de certaines maladies de tissus, pour l'antisepsie des cavités séreuses et surtout pour l'antisepsie du tube digestif. Seul, en effet, un antiseptique insoluble, soustrait à l'absorption par son insolubilité, restera partout présent dans la longueur du tube digestif et pourra être administré à dose suffisante pour rendre impossible toute fermentation, sans qu'on ait à redouter son action générale sur l'économie dans laquelle il ne peut pénétrer. Ce qui empoisonne, ce n'est pas ce que l'on ingère, c'est ce que l'on absorbe c'est ce qui pénètre dans le sang. Or, le naphtol est un des médicaments les plus insolubles. A la dose de 0 gr. 33 pour 1000 de matière nutritive, il empêche complètement le développement des microbes de la morve, de la mammite de la brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du microcoque de la pneumonie et de deux organismes de la suppuration : il retarde le développement du bacille de la fièvre typhoïde et il entrave un peu celui du bacille de la tuberculose. L'urine agitée avec du naphtol, puis filtrée et exposée à l'air, ne fermente pas. A la dose de 0,40 pour 1000, il empêche la sécrétion de la matière colorante du microbe de la pyocyanine; à la dose 0.66 pour 1000, il supprime absolument la végétation de ce microbe. Il agit de la même manière à l'égard d'un microbe que MM. Charrin et Roger ont découvert dans l'intestin du lapin et qui sécrète normalement une matière verte. Il faut 0 gr. 0,025 de biiodure de mercure pour obtenir, à l'égard du microbe pyocyanogène, la même action antiseptique que 0 gr. 40 de naphtol : mais en faisant ingérer à un lapin 0 gr. 015 de biiodure de mercure, on peut parfois provoquer la mort, tandis qu'il faut 3 gr. 80 de naphtol par kilogramme de l'animal pour produire le même effet. Par la voie stomacale, le naphtol est donc 2/3 fois moins toxique que le biiodure. Pour un homme de 65 kilog. la dose toxique du naphtol serait de 250 gr. : or 2 gr. 50 de cette substance par jour suffisent pour réaliser l'antisepsie intestinale. Introduit dans le sang à l'état de dissolution, le naphtol est toxique à peu près au même degré que la quinine et l'acide phénique. Le foie diminue du reste la toxicité de cet agent comme l'a montré M. Roger pour un grand nombre de corps toxiques. Pour obtenir les mêmes effets physiologiques, il faut injecter dans la veine-porte une fois et demie ce qu'on injecte dans les veines périphériques. Comparé aux autres antiseptiques insolubles (iodoforme, iodol, naphtaline) le naphtol mérite la préférence, au moins pour l'antisepsie intestinale : c'est lui qui, en effet, présente le plus grand écart entre la dose antiseptique et la dose toxique.

M. Charrin a fait d'intéressantes recherches sur les *procédés capables d'augmenter la résistance de l'organisme à l'action des microbes.* Le microbe, sur lequel il a expérimenté, est celui qui produit la procyanine. Introduit dans les veines du lapin, ce microbe amène la mort au bout d'un temps plus ou moins long et avec des symptômes d'albuminurie, de diarrhée, de paralysie, etc... Si l'on injecte la pyocyanine seule, à dose de 3 ou 5 cent. cubes de culture, les accidents sont nuls ; mais si le bacille est inoculé en même temps que la substance chimique, ils se développent rapidement. La pyocyanine injectée à fortes doses (40 à 60 cent. cubes) produit bien les mêmes accidents; mais dans le cas d'une inoculation d'un demi-centimètre cube de culture contenant à la fois et le micro-organisme et ses produits, l'intoxication est évidemment sous la dépendance du microbe. Quand l'injection est faite dans la peau, au lieu d'être faite dans les

veines, elle semble rester à peu près sans influence; mais elle confère en réalité une immunité spéciale à l'animal. Celui-ci résiste désormais à l'injection intra-veineuse, tandis que l'animal témoin ne tarde pas à succomber. Mais dans la dose inoculée par voie sous-cutanée et devenue préservatrice, il y a deux choses : le bacille et les substances chimiques. Vient-on à inoculer sous la peau un liquide débarrassé du bacille et contenant seulement ces dernières substances. l'animal résistera dès lors à une injection intra-veineuse. Il semble donc possible d'augmenter la résistance du lapin à un microbe déterminé, de rendre cette résistance plus ou moins complète et durable, soit en inoculant au préalable ce microbe par une autre voie. soit en injectant préalablement les produits solubles des cultures. M. Charrin compte du reste faire connaître, dans une prochaine note, les modifications morphologiques que subit le microbe dans les différents milieux et qu'il a étudiées avec M le professeur Guignard.

M. Boucheron adresse une note sur *la folie mélancolique et les autres troubles mentaux dépressifs dans les affections otopiésiques de l'oreille.* Il y a des affections de l'oreille où le nerf acoustique excité par pression (otopiésis) transmet son excitation aux diverses parties des centres nerveux et produit, selon le sujet, des effets irradiés divers. Transmise : 1° au bulbe et à la moelle, cette excitation produit de l'épilepsie, de la pseudo-méningite ou des convulsions variées sans caractère spécial; 2° du côté du cervelet, elle produit des troubles de l'équilibration, vertiges, chute, rotation; 3° arrivée au cerveau et à l'écorce cérébrale, l'irradiation produit des troubles mentaux. légers ou graves, ayant un caractère commun de dépression. Tous ces troubles mentaux peuvent être la conséquence d'affections relativement légères de l'oreille, entre autres, de l'otopiésis par obstruction des trompes d'Eustache : dans les cas récents la cure de l'affection otopiésique de l'oreille peut faire cesser les accidents mentaux symptomatiques. M. Boucheron cite le cas d'une jeune fille qui fut guérie d'un accès de mélancolie aiguë par l'insufflation de l'air dans les caisses tympaniques.

M. H. Peyraud avait déjà constaté autrefois que *la simili-rage obtenue par l'ingestion d'essence de Ianaisie, est prévenue par l'hydrate de chloral.* Si cette dernière substance n'a pas d'action curative, elle a certainement une action préventive. Or, s'autorisant de la similitude qui existe entre la rage tanacétique et la vraie rage, M Peyraud a pensé que le chloral pourrait également prévenir les accès de cette dernière. A un jeune homme, mordu par un chien enragé, il donna, en 1877, du chloral à la dose de 2 à 3 gr. par jour pendant 40 jours; le jeune homme n'est pas devenu enragé. Reprenant récemment ses recherches, M. Peyraud a fait subir à un lapin inoculé par du virus rabique des inhalations de chloral pendant quelques jours. Ce lapin n'est pas devenu rabique, alors que les autres lapins témoins sont morts depuis longtemps : l'inoculation avait été faite il y a sept mois.

MM. de Lacaze-Duthiers et Pruvot signalent l'existence d'*un œil anal larvaire chez les Gastéropodes opistobranches.*

Séance du 31 *octobre* 1887. — Présidence de M. Janssen.

MM. Bimar et Lapeyre communiquent les résultats de leurs *recherches sur les veines du pharynx.* Ils décrivent, au niveau de la partie inférieure de la paroi postérieure du pharynx, une disposition plexiforme très remarquable, véritable plexus profond ou sous-muqueux. Ce plexus est compris entre la muqueuse, en avant, et le muscle constricteur inférieur, en arrière. Sa forme est celle d'un disque ovalaire à grosse extrémité supérieure Il est constitué par l'agglomération d'un grand nombre de veines serrées les unes contre les autres, fréquemment anastomosées et possédant un calibre de 0m004 à 0m003. Il a pour affluent des veines de la membrane muqueuse du pharynx, formant autour de lui de fines arborisations. Aussi doit-il être regardé comme une dépendance du réseau veineux sous-muqueux du pharynx. Il communique avec le plexus pharyngien superficiel, par plusieurs veines ou groupes de veines qui cheminent sous le muscle constricteur inférieur et perforent ensuite ce muscle en traversant de véritables boutonnières. En bas, il communique avec le réseau veineux sous-muqueux de l'œsophage.

M. Gavoy, au sujet d'une observation de M. Lemaistre (de Limoges), affirme qu'il n'existe aucune identité entre le scolex du *cysticerque ladrique* et celui du tœnia solium.

M. L. Cuénot étudie le *système nerveux et l'appareil vasculaire des Ophiures.*

M. Ch. Morin signale la présence *d'alcool amylique normal dans la fermentation de la glycérine par le Bacillus butylicus.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 *octobre* 1887. — Présidence de M. Brown-Sequard.

MM. Charrin et Roger étudient l'action de diverses substances sur les produits de sécrétion des microbes. Il résulte de leurs recherches que dans un assez grand nombre de cas un microbe chromogène peut se développer sans donner naissance à la matière colorante qu'il produit habituellement. Ces faits s'observent facilement dans les cultures du microbe pyocyanogène et dans celles d'un bacille que les auteurs ont trouvé dans l'intestin du lapin et qui sécrète une matière verte fluorescente. Ces microbes se développent sans produire de pigment quand on les cultive dans l'air confiné ou dans l'oxygène pur. Nombre de substances antiseptiques ajoutées aux bouillons de culture donnent des résultats analogues : le sublimé et le sulfure noir de mercure en particulier. Ainsi, ce dernier sel empêche la fonction de la matière colorante à partir de 5 grammes par litre alors que 100 grammes n'entravent pas le développement du muscle. Il ne s'agit pas dans ce cas d'une action chimique sur le pigment mais bien d'une véritable modification dans les fonctions du microbe.

M. Charrin ajoute que ses expériences ont également une portée thérapeutique considérable. Pour réaliser une maladie infectieuse il ne suffit pas d'introduire dans l'organisme un microbe, il faut encore que celui-ci porte tous ses effets, puisse sécréter, par exemple, la matière à laquelle on peut légalement, dans certains cas, attribuer sa nocivité. Or la thérapeutique antiseptique ne se propose pas uniquement de tuer le microbe toujours très résistant : elle a pour but de l'empêcher de nuire et, pour atteindre ce but, on peut, en partant de la dose mortelle minima la diminuer de moitié, des deux tiers, sans empêcher de vivre l'agent infectieux, paralyser sa dangereuse activité. C'est sur ces bases que M. Bouchard a expérimenté le naphtol qui lui a donné de si beaux résultats dans l'antisepsie intestinale.

M. Brown-Sequard étudie l'influence des changements de position du corps sur la circulation cérébrale et, après avoir constaté la réalité des modifications apportées par les diverses attitudes dit que cette notion n'est pas indifférente dans le traitement de certaines affections de la moelle et de l'encéphale.

M. Chouppe, complétant une précédente communication, dit qu'il est indifférent d'injecter les sels de strychnine dans l'artère carotide ou dans l'artère crurale.

M. Netter, étudiant la présence du pneumocoque dans la salive des individus ayant eu une pneumonie antérieure, est arrivé aux conclusions suivante :

1° Sur 62 personnes ayant eu une pneumonie dont la guérison remontait à des dates très diverses, depuis quelques jours jusqu'à 10 et 11 ans, 36. soit 60 0/0, avaient dans leur salive des pneumocoques actifs. Le pneumocoque existant normalement chez 13 0/0 des individus n'ayant pas eu de pneumonie, on peut donc conclure qu'une pneumonie antérieure est une condition des plus favorables à la presence de pneumocoques actifs dans la salive.

2° L'activité de la salive est notablement différente suivant qu'elle est recueillie dans les premières semaines qui

suivent la guérison ou à une date plus avancée. Cette activité est particulièrement marquée pendant la période aiguë de la pneumonie, puis elle diminue beaucoup pour disparaître complètement et reparaître à la fin du premier mois à la suite duquel sa durée paraît être indéfinie. Dans les semaines qui suivent la crise les pneumocoques n'ont donc pas été détruits, et leur virulence qui a été seulement atténuée reprend alors toute son intensité antérieure.

MM. Troisier et Ménétrier étudient les altérations du réseau élastique de la peau dans les vergetures. Leurs recherches ont porté sur les vergetures développées peu de temps avant la mort sur le thorax d'une phtisique et sur les vergetures d'une multipare. Dans ces deux cas les lésions de la peau étaient les mêmes. Sur une coupe perpendiculaire au grand axe de la vergeture, colorée au picrocarmin, on voit que l'épiderme est légèrement aminci, les papilles sont aplaties ou même ont complètement disparu. les faisceaux fibreux du derme sont étirés en bandes parallèles contrastant par leur disposition avec ceux des parties voisines qui intimement entrelacées forment un feutrage serré et résistant. Ils sont dirigés transversalement, d'un côté à l'autre de la vergeture et légèrement dissociés. En profondeur, l'altération cesse à deux ou trois millimètres au plus de la surface. Les coupes traitées par le procédé de M. Balzer (éosine et solution de potasse à 40 0/0) montrent que, tandis que dans les parties saines les fibres élastiques forment un réseau élégant et serré, elles sont, au contraire,au niveau de la vergeture, étirées parallèlement comme les fibres lamineuses et groupées en deux ou trois faisceaux laissant entre eux de grands espaces où l'on n'aperçoit que de rares fibrilles. De chaque côté de la vergeture le réseau élastique est plus dense et renferme un plus grand nombre de fibres contournées ; ce sont probablement les fibres rompues de la région étirée. — Les modifications des fibres élastiques n'ont pas encore été décrites. Ce sont les plus importantes, car le réseau élastique sert de soutien au derme et c'est lui qui donne à la peau ses propriétés de résistance et de souplesse. C'est le réseau élastique qui doit céder le premier ; les fibres lamineuses et l'épiderme n'ayant pas de résistance propre se laissent distendre à leur tour. — Les vaisseaux sanguins, comme l'a montré Langer (*Stricker's med. Jahrb.* 1880) sont également étirés et leur disposition en réseaux a disparu. En résumé, il s'agit d'une lésion mécanique : la vergeture est due à un étirement du derme ; il n'y a là ni atrophie à proprement parler, ni cicatrice.

M. Dastre montre une nouvelle canule qu'il a fait construire et qui permet d'obtenir d'excellents résultats dans l'opération de la fistule gastrique. Il importe de distendre l'estomac à l'aide d'une sonde munie d'un ballon de caoutchouc avant de pratiquer l'opération.

M. Pouchet remet une note de M. Hanz sur le *meilleur mode d'administration de la cocaïne contre le mal de mer*.

Séance du 5 novembre 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. le Président annonce la mort de M. S. Hullerton Baird, physiologiste éminent. secrétaire de la « Smithsonian Institution » et directeur du muséum national des Etats-Unis.

M. Solza vante les avantages de la pyridine en histologie. Ce réactif, durcissant et éclaircissant à la fois, dissout très facilement les couleurs d'aniline et peut être employé avec grand succès pour les préparations relatives au système nerveux et pour les recherches bactériologiques.

M. Gellé étudiant la valeur séméiologique de l'audition de la parole suivant les âges est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La perte rapide de la perception du langage articulé chez l'adulte doit éveiller l'attention, car elle peut annoncer un affaiblissement des facultés cérébrales tout autant que de l'audition.

2° La conservation de l'ouïe pour le langage articulé peut, chez l'adulte, dissimuler une surdité déjà avancée ou des lésions menaçantes pour l'avenir.

3° La conservation de la faculté d'entendre la parole chez l'adulte tient à la grande activité du foyer du langage liée à l'éducation et au travail intellectuel.

4° La perte de l'audition de la parole est un fait des plus graves chez l'enfant sourd, car il indique que la mémoire des mots se perd ; mais on ne peut conclure de là à l'existence d'une affection cérébrale, ni à celle d'une surdité incurable. Chez l'adulte, au contraire, la perte de la compréhension des mots avec persistance de l'audition des sons est un signe d'une lésion du cerveau.

5° Au point de vue du pronostic, il est clair que la perte de l'audition du langage articulé est plus grave chez l'adulte; mais sa conservation n'indique pas nécessairement des oreilles saines.

6° Chez l'adulte, l'audition du son du diapason, de la montre peut être anéantie, et cependant la parole est très bien entendue ; tandis que chez le sourd-muet on trouve souvent que le diapason et certains bruits ou sons simples sont perceptibles encore. L'adulte est souvent un sourd qui parle ; l'enfant sourd devient facilement muet.

M. Quinquaud remet une note de MM. Mairet, Combemale et Grognier sur l'*action physiologique du Strophantus et le mécanisme de cette action*.

M. Dupuy a enlevé complètement le cervelet chez de jeunes lapins et n'a pas observé les phénomènes de titubation généralement décrits. Il a constaté uniquement une grande dépression des forces, phénomène déjà constaté par Rolando, qui considérait cet organe comme doué d'un pouvoir électro-moteur, comme un véritable « magasin de forces. »

M. Laborde dit qu'il est nécessaire de distinguer les cas où les divers pédoncules ont été enlevés. En effet, lorsque les pédoncules inférieurs sont sectionnés, on observe toujours la déséquilibration des forces produisant la titubation. Il a constaté nettement ces phénomènes chez un coq et une poule sur lesquels il avait expérimenté avec M. M. Duval. Chez ces animaux, probablement par suppléance,l'équilibre se rétablit ; l'appétit sexuel n'avait pas été modifié et les œufs que la poule pondit avaient été fécondés.

M. Brown-Séquard rappelle que deux physiologistes américains, R. Wagner et Dalton, ont également constaté la récupération des fonctions sexuelles et de l'équilibration après l'ablation du cervelet. Mais en pareille matière il est difficile de conclure du lapin à l'homme. Chez ce dernier, les processus pathologiques fournissent l'appoint le plus précieux pour l'étude des fonctions cérébelleuses, car la nature fait lentement sa lésion, de telle façon qu'on peut en observer à loisir les manifestations; de plus, souvent elle la limite beaucoup mieux que ne paraît le faire le couteau manié par les mains les plus expérimentées. Déjà, dans la *Lancette*, il a réuni un très grand nombre d'observations de lésions cérébelleuses ; or, comme pour tout ce qui est système nerveux. on ne peut dire qu'à chaque partie du cervelet est dévolue une fonction particulière. « Tout est produit par tout, n'importe où, » comme il le professe depuis longtemps.

M. Albarran présente une note sur l'*épithélioma adamantin du maxillaire supérieur*. Dans une première pièce. il s'agit d'un kyste ayant pénétré dans le sinus maxillaire. Le revêtement épithélial du kyste est formé par des cellules étoilées anastomosées caractéristiques de l'épithélium adamantin. Les bourgeons épithéliaux, continus avec ce revêtement, pénètrent dans l'épaisseur de la paroi du kyste.

La seconde pièce est une tumeur solide présentant quelques kystes macroscopiques et microscopiques dans son épaisseur. La maladie débuta par un kyste situé au niveau de la deuxième petite molaire supérieure; la tumeur actuelle est constituée par la quatrième récidive de ce premier kyste. Au microscope, elle présente dans un stroma conjonctif des masses épithéliales variables dans leur aspect. mais se rattachant toutes aux formes évolutives des débris

épithéliaux paradentaires. Les kystes ont une structure analogue à celui qui constitue la première pièce. La seconde observation n'est qu'une phase de plus dans le développement du kyste adamantin et l'auteur insiste sur cette transformation d'un kyste simple en tumeur épithéliale maligne; c'est pourquoi il propose la dénomination d'épithélioma adamantin qui est justifiée par la clinique et par l'histologie. Ces tumeurs ont pour point de départ les débris épithéliaux paradentaires, fait démontré par leur structure, et c'est la première fois que, par l'observation directe, on démontre cette origine dans les kystes et tumeurs du maxillaire supérieur. La théorie paradentaire émise par M. Malassez avait déjà été démontrée pour les kystes radiculaires et multiculaires de la mâchoire inférieure (Malassez) et pour les kystes odontoplastiques (Albarran).

M. Dupuy a remarqué que le mal de mer atteignait plus particulièrement les individus dyspeptiques et surtout ceux qui étaient porteurs d'une dilatation de l'estomac. De plus, il a donné chez onze personnes l'antipyrine à la dose de 2 à 3 grammes par jour, trois jours avant l'embarquement et pendant les trois jours qui suivirent, et il a pu ainsi prévenir le mal de mer; peut-être est-il tombé sur une série heureuse?

M. Dastre a institué une série d'expériences sur la pathogénie du mal de mer: il en communiquera ultérieurement les résultats complets à la Société. Mais, en attendant, chez les animaux qu'il a soumis, à l'aide d'un appareil spécial, à des mouvements analogues à ceux que produisent le roulis et le tangage, il a constaté un déplacement énorme des viscères abdominaux.

M. Brown-Séquard rappelle que ces mouvements et déplacements ont été constatés par Wollaston qui écrivait à Arago de se placer un coussin au creux de l'estomac afin de faire une heureuse traversée.

M. Pouchet dit que ces déplacements sont peut-être secondaires et consécutifs aux efforts faits par l'individu pour se maintenir en équilibre.

M. Dastre. — L'interprétation de M. Pouchet ne saurait être admise, car on constate ces déplacements d'organes chez les animaux chloroformés soumis aux manœuvres expérimentales.

M. Maurel (médecin de la marine) pense que les déplacements du cerveau jouent un grand rôle, de même surtout que le choc subi par les parois stomacales frappées au niveau du cardia par les matières alimentaires, lorsque le navire descend, car c'est toujours à ce moment que se manifestent les symptômes les plus marqués du mal de mer. Chacun sait, d'ailleurs, que la meilleure situation du corps dans ces cas est le décubitus dorsal; lorsqu'on suspend le malade dans un cadre où il est en équilibre, le mal de mer s'atténue beaucoup, lorsqu'il ne cesse pas complètement. On a préconisé une masse de médicaments; tous ont échoué, tout au moins lorsqu'il s'agissait d'une traversée de longue durée, de celles que font journellement les marins qui ne peuvent être constamment sous l'influence du chloral, par exemple, sous peine de renoncer à l'exercice de leur profession. M. Dupuy aurait donc rendu un service inestimable en découvrant dans l'antipyrine un spécifique du mal de mer, mais M. Maurel a bien peur que ce médicament ne tienne pas plus ses promesses que ses devanciers dans la matière. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 octobre 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Lavaux lit un travail sur un *mode d'antisepsie de l'urèthre et de la vessie et son application au traitement des rétrécissements uréthraux.* Ce travail se trouve résumé dans les conclusions suivantes: 1° le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections intra-vésicales sans sonde constituent un moyen simple et inoffensif de faire l'antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie; 2° ce moyen est applicable au traitement de la plupart des rétrécissements uréthraux: 3° grâce à cette antisepsie complète et à l'action antiphlogistique des injections vésicales chaudes sans sonde, les complications dues à la dilatation rapide sont maintenant très rares; 4° dans le traitement des rétrécissements simples et facilement dilatables, la dilatation rapide doit être substituée en général à la dilatation temporaire lente, qui n'a plus guère sa raison d'être; 5° les injections intra-vésicales faites sans sonde suffisent pour entretenir le calibre de l'urèthre dilaté; 6° les indications de l'uréthrotomie interne deviennent extrêmement restreintes; 7° le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections vésicales sans sonde en permettant de faire une antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie, doivent rendre la divulsion et l'uréthrotomie interne beaucoup moins graves.

M. Hering (de Varsovie) fait une communication *sur le traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx.* Ce traitement comprend deux parties: la première a pour but de supprimer l'infiltration tuberculeuse, d'extirper tous les tissus pathologiques; la seconde consiste à traiter l'état général. Dans le traitement chirurgical des ulcérations tuberculeuses, M. Héring fait entrer la médication par l'acide lactique, recommandée par Krause. L'attouchement avec l'acide lactique ne réussit pas toujours; aussi, l'auteur recommande-t-il les injections sous-muqueuses d'acide lactique étendu d'eau (10 à 20 0/0), ou une émulsion aseptique d'iodoforme. Dans certains cas, M. Héring a eu recours au grattage, après anesthésie préalable par la cocaïne: sur 20 cas traités par le grattage, il a obtenu 15 guérisons définitives. En somme, sur 36 cas d'ulcérations tuberculeuses ainsi traitées, M. Héring a enregistré 27 guérisons.

M. Onimus présente un *appareil* qui permet de répandre dans l'air les substances médicamenteuses et de leur donner en même temps, par oxydation, une action plus énergique.

M. Féréol lit un *rapport officiel* sur le service des Eaux minérales pendant l'année 1885.

M Siredey lit un *rapport* sur le prix Daudet.

Séance du 8 novembre 1885. — Présidence de M. Sappey.

M. Léon Labbé donne lecture du *discours* qu'il a prononcé au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument élevé à Bretonneau, Velpeau et Trousseau, dans la ville de Tours.

M. Blanche lit un *rapport* sur le prix Lefèvre.

M. A. Guérin, à l'occasion de la discussion sur *l'adénophlegmon juxta-pubien*, persiste à penser que l'existence du phlegmon du ligament large est loin d'être démontrée et que tous les signes qui lui ont été attribués appartiennent au phlegmon qu'il a décrit sous le nom d'adénophlegmon juxta-pubien. M. A. Guérin estime que M. Hervieux s'est mépris sur la signification du mot phlegmon et qu'il a confondu avec cette maladie des lésions essentiellement différentes. Quand on a lu les observations de M. Hervieux, on n'est plus étonné que l'auteur nie l'existence du plastron dans le phlegmon du ligament large. Comme il n'a observé que des infections purulentes avec inflammation suppurée des veines des ligaments larges; comme il n'a jamais vu de collections purulentes s'étendant vers le pubis, il n'y avait pas de raison pour que le tissu cellulaire de la paroi abdominale constituât le plastron. M. A. Guérin est convaincu qu'il a démontré l'existence de l'adénophlegmon juxta-pubien, mais que l'existence du phlegmon du ligament large doit être niée tant qu'une autopsie récente n'aura pas donné la preuve de sa réalité!

L'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les titres des candidats à une place de membre correspondant national dans la première division. Sont présentés, en première ligne : M. Widal (d'Alger); en deuxième ligne, M. Mordret (du Mans); en troisième ligne, et *ex æquo*, MM. Pitres (de Bordeaux) et Wannebroucq (de Lille); en quatrième ligne, et *ex æquo*, MM. Leloir (de Lille), et Renault (de Lyon). A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 octobre 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. Troisier communique l'observation d'un phtisique présentant sur la partie droite du thorax une cinquantaine de vergetures violacées dirigées transversalement ou obliquement; on en observait aussi à l'aisselle et au genou. — Comme interprétation, l'auteur ne pense pas qu'on puisse incriminer la distance préalable de la peau, pas plus d'ailleurs qu'il soit possible d'admettre un trouble trophique. la lésion se caractérisant seulement par un amincissement de l'épiderme, les éléments fibreux du derme étant tiraillés, distendus, rompus par place et les papilles disparues au niveau même de la vergeture.

M. Balzer rapporte deux observations nouvelles de vergetures d'origine syphilitique. Chez une malade enceinte qui avait eu une éruption papuleuse, il se produit des vergetures aux points où s'étaient montrées les papules. Chez la seconde malade non enceinte, il se produisit des vergetures arrondies, disséminées et pigmentées remplaçant des syphilides papuleuses et siégeant exactement aux mêmes places. Dans ces cas, très différents de ceux où la vergeture est due au tiraillement du tissu conjonctif très distendu ; il existe une véritable altération du tissu conjonctivo-élastique.

MM. Millardet et Féréol pensent qu'il s'agit là seulement de cicatrices peu marquées consécutives à des lésions syphilitiques.

M. Balzer fait remarquer que dans ces cas, il n'y a pas de production de tissu de cicatrice, mais au contraire perte de substance du derme par disparition des fibres élastiques.

M. Fernet a observé cinq cas de fièvre typhoïde contractées dans les salles de chirurgie et d'accouchement de Beaujon. Après enquête, il constata que ces salles possédaient un robinet d'eau chaude, un d'eau de Seine filtrée et un d'eau de la Vanne réservé exclusivement à l'alimentation, mais auquel les infirmiers négligeaient souvent de puiser à cause du maniement du robinet un peu plus difficile que l'autre, comme aussi à cause du goût de goudron qu'ils prétendaient y trouver.

M. Fernet pense donc que l'eau de Seine doit *probablement* avoir été le véhicule de la contagion ; les filtres étant absolument insuffisants, il voudrait que toutes les eaux fussent filtrées au moyen de filtres efficaces.

M. Millard fait observer que la question du filtrage de l'eau est une grave et très complexe question.

M. Laillier recommande, faute de mieux, d'écrire, ainsi qu'il le fait faire dans son service, « eau dangereuse à boire » au-dessus des robinets d'eau de Seine, et de recommander de faire bouillir cette eau chaque fois qu'elle devra servir à un usage alimentaire.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre 1887. — Présidence de M. Polaillon.

M. le Secrétaire général prie l'auteur qui a envoyé un mémoire pour le prix Laborie (hernies étranglées, d'adresser un pli cacheté contenant son nom et son adresse.

M. Le Dentu lit, à propos du procès-verbal, un travail sur l'*orchite paludéenne et l'éléphantiasis du testicule.* Il cite trois observations. Pour lui, il s'agit d'une lésion du système lymphatique (lymphangite réticulaire au début avec poussées aiguës, aboutissant à l'hyperplasie du tissu conjonctif). Dans l'orchite paludéenne et l'éléphantiasis, il y a identité de lésions, mais non de cause. M. Le Dentu insiste sur le traitement : rapatriement du malade, scarifications.

M. Terrillon. — L'orchite dite paludéenne n'est peut être pas d'origine palustre. Les paludiques de nos contrées sont atteints très rarement de lésions pareilles. Donc une autre cause doit intervenir.

M. Monod croit qu'il faut rapprocher les observations de M. Le Dentu de celles d'hydrocèle graisseuse. Souvent il y a à la fois éléphantiasis du scrotum et hydrocèle graisseuse.

M. Le Dentu pense que l'hydrocèle des pays chauds s'accompagne de lésions du testicule.

M. Humbert fait un rapport sur un *appareil* présenté par M. Plucquet (de Guerbigny). Il est destiné au traitement des fractures du membre inférieur et permet de faire l'extension continue en maintenant le pied suspendu.

M. Schwartz lit une observation intitulée : *Plaie pénétrante de l'utérus gravide* chez une femme enceinte de six mois. Une femme de 22 ans reçoit un coup de couteau dans le ventre. Plaie sous-ombilicale par où sortent des anses intestinales et les deux pieds du fœtus. Ecoulement considérable de sang lors de l'accident. Comme l'état général est encore assez bon sept heures après l'accident, M. Schwartz intervient. La plaie de l'utérus est agrandie ; on constate que le fœtus est mort. Extraction du fœtus. Suture de l'utérus après lavages antiseptiques. Péritonite ; au bout de quatre jours, mort. A l'autopsie, utérus bien réuni.

Quelle conduite faut-il tenir dans des cas analogues? Si l'utérus est peu atteint, il faire faire des lavages antiseptiques et attendre l'accouchement. Si des parties fœtales sortent par la plaie utérine, on doit terminer l'opération césarienne.

M. Berger signale plusieurs variétés de plaies utérines. Il cite une observation de M. Bar, dans laquelle il s'agit d'une femme enceinte qui eut l'utérus transpercé par un couteau. L'accouchement eut lieu après l'opération. Guérison.

M. Guéniot. — Il faut opérer dans le plus bref délai possible dans ces cas là. Dans les plaies transversales, la suture réussit plus facilement ; il n'en est pas de même pour les plaies longitudinales. Dans l'opération césarienne ordinaire, la section de l'utérus est longitudinale ; la suture est difficile à faire et la réunion se fait mal ordinairement. Aussi, pour l'opération césarienne, vaudrait-il peut-être mieux faire une incision transversale. Toutefois il faut se rappeler qu'en procédant ainsi sur le fonds de l'utérus on peut atteindre le placenta.

M. Marchand a fait en 1883 une opération césarienne avec suture de l'utérus (suture de Lembert) ; il a obtenu un résultat peu satisfaisant. Il préfère l'opération de Porro pour certaines plaies graves de l'utérus. M. Schwartz a oublié de parler de ce mode d'intervention.

M. Guéniot. — L'opération césarienne se place au premier plan. L'opération de Porro n'est indiquée que dans les cas où il y a septicémie utérine.

M. Terrier rejette pour la réunion d'une plaie utérine les sutures de Lembert et de Saenger. Il est d'avis de réunir simplement les deux lèvres de l'utérus par une suture à points séparés.

M. Schwartz. — Je n'ai pas fait l'opération de Porro par ce qu'il n'y avait plus lieu de craindre une hémorrhagie. L'utérus avait d'ailleurs été rendu aseptique par des lavages appropriés.

M. Nimier lit une observation d'*amputation partielle de l'avant-pied pour un traumatisme.*

M. Lucas-Championnière présente le *bandage* spécial qu'il a fait construire pour les individus ayant subi l'opération de la cure radicale des hernies.

Séance du 9 novembre 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Richelot fait un rapport sur une observation de M. Lebec : *Cure radicale d'une hernie congénitale étranglée avec castration.* Homme de 25 ans, monorchide, porteur d'une hernie congénitale qui s'étrangle en janvier 1886. Kélotomie. Persistance du conduit vagino-péritonéal. Le cordon est à l'intérieur de ce canal et relié à ses parois par une sorte de méso séreux Extirpation du testicule atrophié, d'aucune valeur sexuelle ni même morale, puisque le sujet en ignorait l'existence. M. Richelot termine ce rapport en exposant ses idées sur la cure radicale des hernies congénitales, question peu élucidée encore. Dans certains cas, on peut enlever le testicule ; dans d'autres, on doit le conserver. La résection totale du sac paraît être la meilleure conduite à tenir ; elle est presque toujours possible ; elle n'est pas toujours très difficile, quoiqu'elle soit souvent délicate et laborieuse. Dans les cas d'hydrocèle congénitale qu'il rapproche de ces hernies, il faut de même supprimer le canal séreux ; car c'est là une menace constante de hernie, c'est un sac de hernie tout prêt à recevoir l'intestin. Il faut faire pour ainsi dire une cure radicale préventive pour un accident possible un jour.

M. TERRILLON ne veut s'occuper que des *hernies congénitales volumineuses et gênantes*. Il a fait trois fois la *cure radicale* dans ce cas par un procédé spécial. Au lieu de disséquer et d'extirper le conduit séreux, il fait le *capitonnage* de Julliard (de Genève), ce qui est facile ; mais il oblitère le canal par ce procédé aussi haut qu'il le peut ; il s'efforce, pour ce faire, d'abaisser le conduit séreux d'au moins 1 centimètre Il faut conserver le testicule dans les cas où le sujet est jeune, car l'organe sexuel peut être bon ou le devenir après l'opération.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE proteste contre l'assertion de M. Richelot, qui prétend que la dissection du sac est presque toujours possible et assez facile relativement. Dans presque tous les cas, il y a de grandes difficultés. Ce qui importe pour cette variété de hernie, comme pour les hernies acquises, c'est de porter la dissection du sac jusque dans le ventre. Il faut laisser en bas le testicule, en lui conservant une partie de la séreuse,et travailler en haut. Ceci est très important, si on veut avoir un bon résultat plus tard. Ce qui amène la production d'une bonne cicatrice, c'est le procédé qu'il a recommandé. Il se forme au niveau de la plaie une colonne de tissu cicatriciel, dure, résistante, qui soutient la séreuse au point faible. Cette colonne de soutien, il ne faut pas l'empêcher de se développer, l'atrophier en faisant porter au malade un bandage ordinaire. Socin (de Bâle) a bien compris l'importance de cette colonne.

M. NIMIER présente un enfant atteint de *luxation récidivante du pouce*. Que doit-il faire ?

M. TILLAUX propose le port d'un appareil.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit qu'il faut pratiquer une résection de l'articulation, à condition d'éviter l'ankylose par des mouvements faits de bonne heure.

M. ROUTIER montre un *utérus* dont la muqueuse seule était cancéreuse. Il l'a enlevé par l'*hystérectomie vaginale*.

M. LE BARON DE SABOÏA, membre associé, professeur de clinique chirurgicale à Rio-de-Janeiro et doyen de la Faculté, a assisté à la séance. Il a déposé sur le bureau une série de mémoires dont il est l'auteur : *D'une variété d'hydarthrose ; — Fractures et luxations des vertèbres ; — Anévrysmes de la poplitée, de la sous-clavière droite ; — Des plaies chirurgicales ; — Statistiques de la clinique de Rio avant et après l'application de la méthode de Lister ; — Quelques exemplaires de la Revue des cours de médecine de la Faculté de* RIO-DE-JANEIRO. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Séance du 27 octobre 1887.

M. le Dr LANNOIS, de Lyon, lit un travail sur les *lésions de l'appareil auditif et les troubles psychiques*. Les lésions de l'oreille peuvent produire dans de nombreux cas les troubles psychiques caractérisés surtout par des hallucinations. Après avoir rappelé en quelques mots les observations de Baillarger, Ball, de Robin, de Luys, etc., le Dr Lannois rapporte le résultat des recherches qu'il a faites dans le service du professeur Pierret. Les observations ne portent que sur les femmes ; elles sont au nombre de 45. On peut diviser en deux catégories, suivant que les malades ont été conduites au docteur Lannois, soit pour de la surdité, soit pour des hallucinations. Du premier groupe qui comprend 19 malades, 15 avaient des hallucinations et 4 de la surdité sans hallucination. Dans le deuxième groupe, composé de 26 malades, il y avait 12 malades atteints d'hallucinations sans troubles de l'ouïe et 14 femmes ayant des lésions diverses de l'appareil auditif. En résumé, dans plus de la moitié des cas, on a pu observer différentes affections de l'ouïe.

Aussi l'auteur conclue-t-il que les lésions de l'oreille ne sont pas rares chez les aliénés et qu'elles semblent être la cause prédisposante des hallucinations ; c'est pourquoi il faut avoir soin d'examiner les oreilles de tous les hallucinés, car un traitement approprié peut produire la guérison.

M. BOUCHERON rapporte les faits qu'il vient de communiquer à l'Académie de sciences. Il attribue la production de la folie à l'otopiésis, c'est-à-dire à l'obstruction de la trompe d'Eustache qui déterminerait l'excitation du nerf acoustique avec irradiation à l'écorce cérébrale.

M. MOURE demande à M. Boucheron s'il a pratiqué l'examen de l'oreille en suivant le procédé recommandé par Rinne ; il est en effet indispensable d'avoir recours à cette méthode, si l'on veut savoir si c'est l'oreille interne ou l'oreille moyenne qui est lésée ; ceci est capital, dans le cas actuel, au point de vue des idées admises par M Boucheron, idées qui ne sont pas acceptées, en général, par les otologistes.

M. BOUCHERON répond que l'examen de la fonction auditive n'est guère facile chez les aliénés.

M. RUAULT fait une communication sur un cas d'*épiglotte œdémateux*. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-six ans qui se plaignait d'avoir la sensation d'un corps étranger au niveau du larynx et qui éprouvait, en outre, de la douleur à chaque mouvement de déglutition. Ces troubles sont survenus à la suite d'un refroidissement, mais ils étaient déjà apparus à plusieurs reprises. Comme signes laryngoscopiques, on ne constate qu'une tumeur arrondie sur la face laryngienne de l'épiglotte. Ses caractères (surface lisse, hémisphérique, brûlante, couleur rose pâle, à élasticité) font penser à un kyste ; mais la ponction n'ayant donné aucun résultat, le Dr Ruault s'arrête au diagnostic de tuméfaction œdémateuse de nature inflammatoire. Quelques pointes de galvano-cautère amènent la guérison de cette tumeur.

M. MOURE demande si les urines ont été examinées, car il y a des cas où ce gonflement semble être dû à l'albuminurie comme l'a constaté Fraenkel.

M. RUAULT répond qu'il n'a pas pensé à examiner les urines de sa malade ; il sait cependant que M. Fauvel a signalé déjà des cas semblables au Congrès de Rouen.

M. GOUGUENHEIM fait remarquer que les faits signalés par M. Fauvel ont une importance capitale au point de vue de la médecine générale.

M. FAUVEL dit que tous ses malades qui ont eu de l'œdème du larynx dans le cours d'une albuminerie sont morts de tuberculose laryngée.

M. COUPART croit qu'on peut expliquer ces accidents par une tuberculose primitive des reins avec transport des bacilles dans le larynx.

M. VACHER a eu un cas d'œdème de l'épiglotte chez une femme qui avait avalé quatre grammes de teinture d'iode.

M. MENIERE vient ajouter trois nouvelles observations de *surdité complète à la suite des oreillons* aux faits qu'il avait déjà communiqués à la Société en 1885. Dans deux cas, la surdité a été bilatérale et dans un, unilatérale.

Il n'est pas encore facile de savoir si la cause de la surdité est labyrinthique ou méningée, c'est-à-dire due à une hypérémie des méninges entraînant à sa suite les lésions du nerf auditif à son origine ou dans son trajet.

M. LANNOIS croit que les lésions de l'oreille sont variables : ainsi, si dans un cas il a pu observer une affection de l'oreille interne, une sorte de fluxion analogue à celle qui se produit du côté du testicule, il a vu cependant une altération du tympan de nature scléromateuse sans affection du labyrinthe.

M. MOURE ne croit pas qu'une lésion de ce dernier genre puisse engendrer une surdité rapide comme celle que signale M. Menière.

M. MENIERE raconte, en effet, qu'un de ses malades est devenu sourd en l'espace de quelques heures.

M. BOUCHERON pense cependant que dans ces cas il s'agit généralement d'une lésion de la caisse.

En résumé, il semble résulter de cette discussion que la surdité ourlienne est due à une affection de l'oreille interne, mais l'anatomie pathologique n'est pas encore venue démontrer la réalité de ces faits.

M. MOURE (de Bordeaux) rapporte un cas de *tumeur gommeuse de l'aile du nez*, survenue chez une femme de 28 ans. Cette tumeur avait été prise pour une affection maligne.

M. GELLE cite une observation de *surdité avec paralysie faciale liée à une leucocythémie*. Des tumeurs leucémiques peuvent comprimer le facial dans son trajet dans le canal de Fallope ainsi que le nerf auditif, d'où résulteraient de la surdité avec paralysie faciale, comme il l'a constaté chez un

homme de 60 ans. Ce malade avait vu d'abord se développer une série de tumeurs arrondies au niveau de la région lombaire, puis une paralysie faciale avec hypéresthésie de la face du même côté et endolorissement de la région auriculaire. Il survint ensuite des tumeurs analogues autour du nombril, ainsi que dans l'aine et dans l'aisselle. Le malade mourut dans un accès de suffocation, six mois après le début de sa maladie.

M. Aysaguier a employé l'*acide lactique dans les suffocations de l'oreille*. L'acide lactique attaque les tissus altérés et respecte les parties saines. Les fongosités de la caisse et les granulations du tympan ainsi que les caries osseuses, sont heureusement combattues par cet agent qui n'a aucune action sur les suppurations aiguës ou chroniques simples de la caisse. L'auteur emploie l'acide lactique en instillation à la dose de 50 0/0 ; il arrive même à se servir d'acide pur. Sous son action, les tissus se mortifient. Après l'emploi de ce caustique, il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux injections dans la caisse, comme cela se pratique lorsqu'on emploie les autres acides ou sels.

M. Baratoux partage l'opinion de son confrère. Il emploie ce même agent depuis longtemps déjà et s'en sert à l'état de pureté ou de solution à 1/10 au moins. Il a constaté son efficacité dans les cas de carie et de granulation, surtout lorsque la partie supérieure de la caisse est malade.

M. Garrigou-Désarènes communique un travail *sur les productions osseuses du conduit auditif externe*. L'auteur ne croit guère à l'efficacité de leur traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur, ou par leur attouchement à la teinture d'iode. Le seul moyen efficace à employer est l'ablation avec la gouze et le marteau. Il ne faut pas se servir de la lime ou du poinçon.

Baratoux.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE VIENNE (*suite*) (1).

Séances des sections.

(4e *journée* : vendredi 30 septembre 1887).

SECONDE SECTION

Président : M. le Hofrath Mijerka ; rapporteurs : M. Schuler, du canton de Glaris (Suisse) et M. Whymper (de Londres). Le premier a présenté les conclusions suivantes : d'un travail sur l'*Hygiène des fabriques*. 1). Il ne suffit pas que les plans des fabriques soient examinés au point de vue de la partie technique, mais aussi au point de vue de l'hygiène. Vu la grande variété des exigences auxquelles elles doivent satisfaire, selon la nature de leur exploitation, il est absolument nécessaire de faire abstraction des règles générales fixées pour les conditions d'approbation. 2). Il est aussi difficile d'établir des règles générales relatives aux modes d'éclairage, de chauffage et d'aérage ; de même, par exemple, pour ce qui concerne la grandeur nécessaire des vitres des fenêtres, la quantité d'air respirable, etc. Pour se former un jugement à cet égard, il faudra tenir à l'introduction, le plus souvent possible, d'appareils chimiques et physiques de nature à évaluer les conditions de salubrité les plus importantes. 3). Il faut recourir à tant de connaissances de détails pour être à même de préserver l'ouvrier contre les dangers auxquels l'expose l'exploitation des fabriques, que dans certains cas le but ne peut être atteint que par le concours de divers spécialistes. Le mode de surveillance des fabriques doit rendre possible cette coopération. En revanche, il vaudra mieux, à l'égard de certaines parties, comme par exemple la surveillance des chaudières à vapeur, ne faire appel qu'à l'autorité des spécialistes, qui auront seuls à en juger. 4). Pour arriver à la connaissance de la nature et de la fréquence des causes qui peuvent nuire à la santé, il faudra recourir à l'obligation de déclaration et à l'examen officiel des blessures et de certaines maladies professionnelles ; pour arriver à la connaissance des moyens propres à les en préserver, il faudra faire appel à l'étude et à l'expérience, aux expositions, aux remèdes préventifs, recourir enfin à un enseignement spécial. 5). Quand il ne pourra être remédié à de graves dangers que par l'interdiction de certains modes d'exploitation (comme par exemple l'emploi de l'arsenic, du phosphore amorphe), les mesures à prendre devront, autant que possible, être fixées par des conventions internationales. 6). Les fâcheuses conséquences de l'industrie de fabrique se manifestent chez les enfants, tantôt par des déformations caractéristiques, tantôt par l'affaiblissement de certains organes, tantôt par le ralentissement du développement corporel et une morbidité plus grande que dans d'autres professions. S'il est impossible d'exclure tout à fait les enfants des fabriques tant qu'ils n'ont pas leur entier développement, il faut, pour atteindre autant que possible ce but, interdire en tout cas le travail de nuit à tous ceux qui n'ont pas atteint leur croissance et réduire celui du jour à un nombre d'heures limité. L'interruption du travail n'est désirable que quand l'observation des heures peut être facilement vérifiée et assurée. La combinaison de l'enseignement scolaire et du travail de fabrique est, de l'aveu des pédagogues comme des industriels, d'une valeur douteuse. 7) La limitation des heures de travail des ouvrières et, avant tout, l'interdiction du travail de nuit doit être exigée, tant sous le rapport hygiénique qu'au point de vue moral. Il doit de même être accordé aux femmes une pause suffisante pour la préparation du dîner. L'exclusion des femmes enceintes des fabriques est désirable, mais inexécutable dans la pratique. Par contre, on doit exiger qu'elles se ménagent plusieurs semaines après leurs couches dans leur propre intérêt et plus encore dans celui de leur enfant. 8). La santé des hommes adultes a fréquemment à souffrir d'un travail trop prolongé, ainsi que du travail de nuit. Les deux circonstances exercent aussi une influence désavantageuse sur leur mortalité et sur leur intelligence. Comme on ne peut, ainsi que nous le montre l'expérience, y obvier que rarement, il est du devoir de tout Etat qui tient à avoir une population robuste d'y remédier par la législation. Une journée raisonnable de 10 à 11 heures répondrait le mieux possible aux circonstances actuelles. 9). Le repos du dimanche pour tous les ouvriers est une des exigences les plus impérieuses de l'hygiène. Il ne peut y être satisfait que s'il est accordé le samedi aux ménagères un temps suffisant pour qu'elles soient préservées le dimanche de tout travail fatigant. 10). La limitation des heures de travail n'élimine pas la possibilité des exceptions dont l'autorisation, surtout par rapport à l'application des mêmes principes, peut parfois être exactement contrôlée. Les enfants et les femmes mariées doivent cependant être exemptés des travaux de nuit exceptionnels.

TROISIÈME SECTION

Présidence du professeur de Hofmann (de Vienne) ; rapporteurs : MM. Sonderegger, de Saint-Gallen (Suisse), Vallin (de Paris) et Murphy (de Londres).

Quels principes sont à recommander pour la rédaction d'un règlement international des épidémies ? Les conclusions sont les mêmes pour les divers rapporteurs. Voici les conclusions de M. Sonderegger :

1) Tous les règlements contre les épidémies reposent sur la croyance à l'existence d'un contage. 2) Le contage a besoin ; pour arriver à son développement, de conditions favorables de temps et de lieu. Etudier, en général, la réceptivité locale pour les maladies épidémiques, empêcher le développement du contage, telle est la tâche de l'hygiène ; empêcher l'entrée du contage, le détruire une fois qu'il est entré, telle est la tâche de la police sanitaire. Si l'une de ces deux tâches pouvait être exécutée avec l'exactitude d'une expérience de physique, l'autre deviendrait facile, souvent inutile. Mais il n'en est point ainsi, et c'est une erreur fatale de croire qu'un règlement de police sanitaire, quelque parfait qu'on le suppose, puisse servir à quelque chose quand l'hygiène publique est négligée. L'hygiène conserve la prépondérance en temps de guerre comme en temps de paix, dans les endémies comme dans les épidémies. 3) Les découvertes bactériologiques de notre époque n'ont infirmé en aucune façon la valeur des prédispositions de temps et de lieu ; elles l'ont, au contraire, complétée. La force jadis inconnue qui amenait l'explosion d'une épidémie sur un terrain infecté est maintenant devenue visible et tangible. Ce que nous nommons réglementation contre les épidémies s'occupe surtout et presque exclusivement de l'histoire naturelle des conditions de vie du contage vivant, qui, suivant sa nature spécifique, est susceptible de multiplication et de migration. 4) Les moyens de communication de notre époque ont manifestement rétréci le globe ; les peuples se sont rapprochés ; leurs échanges réciproques sont devenus beaucoup plus considérables et fréquents ; ils ne s'appliquent plus seulement aux œuvres de l'esprit, ni aux productions d'un pays et de son industrie, mais particulièrement aux hommes eux-mêmes ; l'indigène d'un pays quelconque est devenu, dans une mesure très appréciable, un citoyen du monde. 5) Pour les objets qui peuvent être le véhicule du contage, voyageant actuellement assez vite pour transporter quelques germes actifs dans un pays voisin ; l'homme en particulier emploie moins de temps pour traverser un pays, même très vaste, qu'une maladie contagieuse dont il porte le germe, n'en met pour faire sa marche. 6) Pour ce motif, toutes frontières jusqu'à ce jour ont été, de fait, inefficaces pour arrêter les germes des maladies épidémiques, et les tentatives faites en ce sens, par la création des cordons sanitaires, ont été absolument inutiles ; dans la plupart des cas, elles ont même été positivement nuisibles. L'interruption absolue de toute relation, la séquestration hermétique, même contre les épidémies les plus graves, est une utopie. Le fait n'est plus discutable. 7) Toutes les mesures qui limitent à un seul pays les précautions contre une épidémie, sont donc, le plus souvent, insuffisantes, et cela surtout en pro-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 44 et précédents.

portion de l'importance des relations de ce pays et de l'étendue de ses frontières. Tenter d'appliquer des règlements de police sanitaire dans de petits Etats ou dans quelques provinces, est une véritable utopie. Dans de grands pays, en Italie (1884), en Espagne (1885), et jadis en Russie, en Autriche, en Allemagne, en France et en Angleterre, les épidémies restent souvent stationnaires pendant toute une année, et malgré tous les déplacements des gens et des marchandises, elles n'empiètent pas sur les Etats voisins. C'est que le sol n'est pas morbifique partout à la fois et que les populations ne sont pas toutes en même temps en état de réceptivité. C'est pour ce motif que la plupart des maladies contagieuses constituent des épidémies et arrivent rarement à l'état de pandémies. Aujourd'hui les conditions de la contagion sont exactement connues, mais les conditions prédisposantes de temps et de lieu ne le sont pas encore complètement. On ne peut donc guère savoir si une épidémie restera limitée à un seul pays et si les peuples voisins resteront indemnes. Par conséquent, outre les ordonnances de police spéciales au pays contaminé, une police sanitaire internationale est nécessaire. Son organisation au point de vue de l'application et de la dépense coûtera infiniment moins que la perte en hommes et en valeurs causée par une épidémie de moyenne intensité. Le commerce et la politique ordinairement, courent de plus grands risques pour des bénéfices moins importants. 8) Tout pays doit d'abord posséder un bureau central affecté au service de la santé publique. Mais ce bureau ne doit pas se tenir en dehors du courant de relations qui unit tous les peuples de l'univers. De nos jours, une police sanitaire contre les épidémies n'est efficace qu'à la condition d'être internationale. 9) La première obligation est de constater et de déclarer chaque cas d'une maladie épidémique ou contagieuse. Tout médecin sera tenu de le faire, et quand il s'agira d'une maladie facilement reconnaissable, comme la variole et le choléra, tout maître de maison ou chef de famille sera astreint à la même obligation. Ces déclarations devront parvenir au bureau central du district ou du pays par les voies les plus rapides. Il appartient à ce bureau central : a) D'ordonner les mesures spéciales convenables et d'en assurer l'exécution ; b) d'avertir directement ou indirectement tous les bureaux centraux des autres pays du continent. La publication immédiate par la voie de la presse quotidienne n'est pas nécessaire, car elle effraie les masses populaires, et, de plus, si le service sanitaire est bien organisé, elle sera sans effet pour les mesures efficaces à prendre. C'est seulement quand une épidémie a pris un large développement que la publication quotidienne de la morbidité et de la mortalité devient légitime, et cela pour des motifs purement psychologiques, dans le but de restreindre la panique. 10) La deuxième obligation, c'est l'isolement immédiat et complet des malades qui peuvent transmettre la contagion. Dans ce but, chaque localité importante doit avoir preparé à l'avance une organisation bien réglementée, des locaux d'isolement avec le personnel et le matériel nécessaires. 11) En troisième lieu, on devra organiser un service de haute surveillance pour la population encore indemne : a) Dans la localité où l'épidémie a pris naissance ; b) dans tous les centres de transactions commerciales ; les navires, les ports de mer devront être très étroitement surveillés, tenus dans le plus grand état de pureté, de façon à ne pas devenir des foyers d'infection. Dans chaque centre commercial, on devra établir des stations d'observation, des asiles pour recevoir les malades ou ceux qui sont soupçonnés de l'être, qui seront signalés par le personnel d'exploitation des chemins de fer et des postes et par les médecins des navires. Les quarantaines qui s'appliquent à tous les voyageurs sont nuisibles à tous les points de vue. On ne les autorisera dans les ports que pour vingt-quatre heures au plus et pour faciliter les observations. 12) Quatrièmement, on devra pourvoir à la désinfection et : a) tout d'abord à la désinfection du véhicule probable du contage, c'est-à-dire, en cas de choléra; désinfection des déjections dans la chambre même du malade et non pas dans les fosses d'aisance et dans les égouts. En cas de variole, de typhus pétéchial (et de peste), désinfection, et, si possible, incinération des vêtements et des objets usuels ; enfin désinfectation du malade lui-même au moyen d'ablutions et de bains. L'ancienne méthode de désinfection des voyageurs par les fumigations, si religieusement maintenue, doit être formellement interdite comme instituant une vexation absolument inutile. b) Installation d'un appareil de désinfection à projection de vapeur dans chaque localité importante, surtout dans les points où la circulation est grande : gares de chemins de fer, ports de mer, relais de poste, cette postulation se comprend d'elle-même et est aussi facile à mettre en pratique que peut l'etre, dans un autre but, l'installation de pompes à incendie. c) Désinfection et isolement des moyens de transport contaminés. 13) Les différents Etats d'un continent s'entendront entre eux au sujet de la déclaration des malades, de l'isolement et de la désinfection, et réviseront leurs conventions aussi souvent que les progrès de la science et de la technique le réclameront. Pour l'époque actuelle, les conventions de la conférence sanitaire de Rome, en 1885, peuvent servir de modèle. 14) Pour un continent entier, on installera un bureau central, qui assurera, dans chaque Etat, le service de sûreté prophylactique. Ce bureau central, bureau sanitaire international, ne doit pas s'occuper de questions scientifiques, et ne doit posséder aucune compétence administrative, mais garder le caractère et faire l'office d'un centre de coopération. Ses devoirs sont les suivants : a) Ce bureau reçoit ou provoque du bureau central de chaque pays les communications officielles sur l'état des maladies épidémiques. b) Les déclarations sommaires de chaque pays sont communiquées à tous les autres bureaux pour assurer la promptitude de l'exécution des mesures prophylactiques jugées opportunes. c) De même, le bureau sanitaire est l'entremetteur international des observations et des propositions touchant le service de santé des épidémies, dans le but de leur application uniforme. d) Il centralise les lois et règlements sur la police des épidémies et les faits qui sont utiles pour donner un aperçu de l'état sanitaire d'un pays, et veille à ce qu'il en soit donné communication à tous les adhérents. e) Il centralise la statistique de la morbidité et de la mortalité de toutes les maladies épidémiques qui surviennent. f) Il surveille l'uniformité de la nomenclature des maladies et l'utilisation des différentes statistiques. 15) Ce bureau sanitaire international aura son siège dans un petit état où la possibilité d'une pression politique est tout à fait exclue ; de préférence en Belgique ou en Suisse. C'est seulement lorsque l'avenir aura fait voir clairement l'innombrable quantité des catastrophes dues à la négligence, ainsi que les causes qui les auront engendrées, que les différents états se résoudront à assurer le service sanitaire international à l'aide d'un code pénal universel, semblable à celui qui a été publié en Angleterre en 1883.

Actuellement, cette question est impossible à résoudre et la seule chose qui soit possible c'est la collection et la communication des faits. Les discussions sur ce sujet qui occupèrent quelques séances de la troisième section ont été très animées. M. Pettenkofer, de Munich, a fait remarquer que tant que nous ne posséderons pas de connaissances exactes sur l'étiologie du choléra, et que les opinions, quant à la nature et les conditions d'existence de la bactérie de cette maladie, seront divergentes comme à présent les propositions qu'on fera à cet égard auront peu d'influence près des gouvernements. Toutes les restrictions du commerce et toutes les quarantaines sont illusoires, vu le but auquel nous aspirons. Les mesures prophylactiques pratiques qui ont été recommandées, telles que l'isolement et la désinfection, n'empêchent pas la propagation du choléra ; en Bavière, en 1836, rien n'avait été entrepris contre la propagation de l'épidémie et pourtant le cours de la maladie était à ce temps-là plus favorable que jamais auparavant. L'orateur cite encore d'autres exemples en faveur de ses assertions.

M. Hueppe (de Wiesbaden) et M. Gruber (de Vienne) plaident en faveur de mesures anti-contagieuses, tandis que M. Mosso (de Turin) dirige l'attention sur l'épidémie cholérique de l'Italie en 1884, dans laquelle les mesures préventives n'avaient absolument aucun succès et ne causèrent qu'une grande misère au pays. Le choléra actuel, quoique nulles mesures prophylactiques fussent prises par ordre du ministre Crispi avait une marche beaucoup plus favorable que les épidémies antérieures et était près de disparaître.

Après que différents autres orateurs tels que Brouardel (de Paris), Smith (Londres), Stekoulis (Constantinople), Conradi (Bologne), etc. eussent émis leurs opinions sur le sujet en question, on donna lecture des conclusions suivantes élaborées par les rapporteurs, MM. Sonderegger, Vallin, Murphy et Finkelesburg.

La troisième section du Congrès exprime le désir qu'une convention internationale soit créée entre les différents Etats comme protection contre le choléra, la fièvre jaune, la peste, etc. Cette stipulation doit être basée sur les principes suivants : 1° La notification de chaque cas des maladies sus-mentionnées doit être obligatoire et doit être faite à bref délai ; 2° Un bureau d'informations doit être établi dans un Etat neutre de l'Europe, et les premiers cas des maladies aussi bien que des compte rendus réguliers portant sur le cours des épidémies doivent être communiqués à ce bureau par le télégraphe ; le bureau, de son côté, est tenu d'en informer tous les Etats qui participent dans la convention ; 3° La convention doit fixer les exigences nécessaires pour l'assainissement des ports maritimes et des centres de commerce ; 4° Les Etats qui participent au contrat en question doivent avoir soin que, dans les endroits où ces maladies sont endémiques ou épidémiques, des personnes ou des marchandises qui sont suspectes d'être infectées ne soient pas embarquées ; 5° Des navires qui arrivent des endroits infectés doivent être arrangés de façon que les malades puissent être isolés à bord du navire et que la désinfection pût être convenablement exécutée ; 6° Un navire qui arrive d'un endroit infecté doit être soumis à un examen médical dans le port où il arrive ; 7° Si des cas de choléra ont été observés à bord du navire, les malades doivent être débarqués et isolés, et

ceux qui sont suspects doivent être retenus en observation jusqu'à ce qu'un diagnostic sûr pût être posé; 8° Le navire reste sous observation jusqu'à ce que la désinfection soit pratiquée de rigueur et qu'on ait gagné la conviction qu'il n'y avait pas d'épidémie à bord du navire; 9° Une surveillance médicale internationale doit être établie aux ports du Suez Canal dont les fonctionnaires sont nommés par le Conseil sanitaire d'Alexandrie et qui doit prendre les mesures qui sont nécessaires pour la sûreté de l'Europe contre les épidémies.

Après une discussion de quelque durée, ces conclusions ont été adoptées à une grande majorité. MM. RUYSCH, BROUARDEL et PICHON ont fait une seconde proposition, à savoir que l'on invitât le gouvernement autrichien à donner une impulsion pour la réorganisation de la conférence du choléra à Rome ou de créer une nouvelle conférence à Vienne ou ailleurs. Cette proposition a été aussi acceptée. (*A suivre*). LEIBOWITZ.

CORRESPONDANCE

Délivrance des certificats médico-légaux par les Internes.

Monsieur le Rédacteur en chef,

En réponse à l'article de la *Semaine médicale*, protestant contre le droit accordé aux internes de signer des certificats médico-légaux pour des malades de leur service, j'avais envoyé à ce journal une lettre qu'il n'a pas jugé à propos de publier. Je viens m'adresser aujourd'hui au *Progrès médical*, qui a toujours pris la défense des internes, et j'espère que vous voudrez bien insérer les réflexions que m'avait suggérées cet article. Si je proteste, d'ailleurs, à mon tour, ce n'est pas pour réclamer une prérogative si minime et que nous n'avons jamais demandée d'ailleurs, mais pour lutter contre la tendance de plus en plus générale de certains médecins à diminuer la considération des internes des hôpitaux.

Aujourd'hui, disais-je, vous réclamez contre le droit qui nous est accordé de signer, dans de certaines conditions, des certificats médico-légaux, prétendant que n'étant pas docteurs, nous n'avons le droit d'exercer aucune branche de la médecine. Mais pourquoi ne pas nous reprocher et nous faire interdire de signer des ordonnances à la consultation; pourquoi ne pas conseiller aux pharmaciens de refuser ces ordonnances non signées d'un docteur; pourquoi ne pas nous interdire de faire des trachéotomies et toutes les opérations de petite chirurgie nécessitées par les admissions d'urgence; pourquoi nous autoriser même à monter des gardes et à avoir ainsi, sous notre seule responsabilité, la vie de plusieurs centaines de malades, et quelquefois de deux ou trois mille, comme à Bicêtre et à la Salpêtrière, et d'intervenir médicalement, s'il y a lieu? Pourquoi, si l'on veut pousser les choses plus loin encore, admettre que seuls, sans chef, nous fassions une contre-visite et puissions ordonner ce que nous croyons utile aux malades de notre service? Ne faisons-nous pas, dans tous ces cas, œuvre de médecin, et cela dans toutes les branches de l'art? Si la loi qu'on invoque était prise au pied de la lettre, tout cela devrait nous être interdit, car, dans tous ces cas, nous agissons seuls. Et je terminais en demandant que la réclamation publiée par la *Semaine* inaugurât une série du même genre sur tous ces points. Peut-être alors l'Administration songerait-elle un peu à la dignité de ses internes, et, en les autorisant à prendre leur titre de docteur, les mettrait enfin à l'abri de tracasseries jalouses et de réclamations mesquines.

Les faits qui ont été l'origine de la protestation du Dr Bougier sont là pour le prouver. En effet, ce médecin, venu dans un des services de chirurgie de la Pitié pour dresser un certificat médico-légal, a voulu enlever l'appareil d'un malade; malgré l'injonction de l'interne, il a refusé de se retirer. Ce n'est que sur l'ordre du directeur, alors appelé, qu'il fut obligé de sortir. C'est sous le coup de ce froissement d'amour-propre qu'il a écrit sa lettre. Ajoutons que, d'ailleurs, le certificat fut fait et signé non par l'interne, mais par le chef de service lui-même.

Ce qui s'est produit dans ce cas n'est pas pour nous étonner. Ce n'est pas la première fois que des internes sont en butte à la jalousie de certains médecins n'ayant jamais passé par l'internat. Nous nous en soucierions fort peu, d'ailleurs, s'il ne devait en résulter des conséquences fâcheuses, la chose se généralisant. Je pourrais citer tel fait où un interne à qui il ne manquait que sa thèse, s'est vu, appelé auprès d'un malade à la hâte, en l'absence du médecin ordinaire, traiter par ce dernier, simple officier de santé, comme s'il n'avait jamais appartenu au corps médical et tel autre qui, faisant un remplacement, a été l'objet d'une plainte pour exercice illégal par un médecin hostile à celui qu'il suppléait. Il me serait facile, sans chercher bien loin, de citer d'autres exemples. Dans tous ces cas, notre dignité souffre et nous ne pouvons cependant rien dire. La loi est contre nous et le moindre officier de santé, encore bien moins docteur que nous cependant, peut nous imposer silence.

Pour peu que cela continue, il n'y a rien d'impossible à ce que les remplacements nous soient interdits. Or, pour beaucoup c'est là un avantage qui leur permet souvent de ne pas abandonner l'internat avant leurs quatre années révolues. Qu'il nous soit retiré et la tendance qu'un grand nombre a déjà de quitter les hôpitaux au bout d'un ou deux ans d'internat s'accentuera encore davantage, et cela au détriment de l'Administration autant qu'au leur. C'est vouloir créer une sorte de ploutocratie et je ne vois pas trop les avantages qu'on y gagnerait, si j'en aperçois bien les inconvénients.

Que l'Administration se décide donc enfin à nous tirer de la fausse situation où elle nous met. Tout le monde s'accorde à nous reconnaître toutes sortes de capacités dans l'intérieur de l'hôpital, mais une fois la porte passée, nous ne sommes, paraît-il, plus bons à rien. Nous déposons notre savoir avec notre calotte et notre tablier. L'Administration craint-elle qu'une fois docteurs nous fassions moins bien notre service? A quoi lui servent donc ses règlements? Elle n'en a pas besoin, d'ailleurs, et elle peut s'en assurer en regardant autour d'elle. Les internes médailles d'or, les internes des asiles, sont-ils moins bons internes du jour où ils ont passé leur thèse? Craint-elle que nous soyons trop absorbés par la clientèle pour remplir notre devoir comme par le passé? Qu'elle se rassure à cet égard. Même après quatre ans d'internat, la clientèle nous laisse souvent plus de loisirs qu'on ne voudrait. Des considérations d'un ordre plus élevé nous guident, du reste, et ce que nous demandons c'est de pouvoir conserver partout et toujours notre dignité absolument intacte et d'être à l'abri de tracasseries contre lesquelles nous ne pouvons rien. Cela ne se produit que quelquefois c'est vrai; mais cela se produit et c'est déjà trop.

Veuillez agréer, etc. X..., *interne des hôpitaux.*

BIBLIOGRAPHIE

La pratique des maladies des femmes; par Th. A. EMMET, trad. par Ad. OLIVIER, in-8, 860 p., 220 fig. — Paris, J.-B. Baillère, 1887.

Le Dr Ad. Olivier, auquel nous devons déjà la traduction de l'intéressant traité de L. Tait sur les maladies des ovaires, n'a pas craint de s'imposer de nouveau un labeur considérable pour faire connaître au public médical français l'important ouvrage d'Emmet sur les maladies des femmes. A une époque où la gynécologie prend un grand essor à l'étranger et où elle y est l'objet de nombreuses publications, il nous est indispensable d'être au courant de tous ces travaux si nous voulons contribuer efficacement pour notre part au progrès général. Aussi devons-nous de sincères remerciements au traducteur qui n'a pas reculé devant une tâche pénible pour vulgariser parmi nous la pratique d'un des gynécologues américains les plus éminents.

Ce qui fait le principal intérêt du livre d'Emmet, c'est que ce n'est point un traité didactique, mais bien une œuvre essentiellement clinique et pratique. « C'est avec les nombreux documents recueillis pendant plus de vingt ans à l'hôpital des femmes de New-York et dans son hôpital privé, dit le professeur Trélat dans la préface qu'il a mise en tête du livre, qu'Emmet a composé son ouvrage... C'est donc une œuvre mûrie et personnelle... Elle est le résultat d'une longue pratique éclairée par les connaissances scientifiques régnantes. » Le côté clinique de cet ouvrage est mis en relief par un nombre considérable d'observations personnelles et par de nombreux tableaux statisti-

ques qui résument la pratique de l'auteur et servent de base aux conclusions qu'il formule sur le traitement de telle ou telle affection.

Un pareil livre ne peut s'analyser en détail, et nous n'avons nullement l'intention de passer en revue les cinquante et un chapitres qui le composent. Mais nous ne saurions trop attirer l'attention sur certaines parties qui présentent un intérêt d'autant plus grand qu'elles sont entièrement originales, et que les vues émises par l'auteur et les procédés opératoires indiqués par lui ont été généralement adoptés. Tels sont les chapitres sur les déchirures du périnée, les lésions du col de l'utérus, les affections de l'urèthre et de la vessie : le procédé d'Emmet pour la réunion des déchirures complètes du périnée; la trachélorrhaphie, à laquelle son nom est resté attaché; la création d'une boutonnière de l'urèthre pour poser un diagnostic ou faciliter une opération; l'incision de la vessie par le vagin et l'établissement d'une fistule pour guérir la cystite chronique, sont autant de méthodes opératoires passées aujourd'hui dans la pratique courante. Le chapitre des fistules vésico-vaginales doit aussi être signalé comme un des plus instructifs : l'histoire statistique de ces fistules se trouve résumée dans une série de tableaux fort utiles à consulter pour les accoucheurs, aussi bien que pour les gynécologues, car on y trouve notés minutieusement les différents rapports de l'accouchement (durée du travail, nature de l'intervention, etc...) avec la production de la fistule.

D'intéressantes considérations sur l'emploi de l'eau chaude en gynécologie, des vues neuves et originales sur le traitement chirurgical des fibromes, l'appréciation de l'opération de Battey et l'exposé du traitement des kystes de l'ovaire sont encore à signaler spécialement.

Ajoutons que M. Ad. Olivier ne s'est pas borné au rôle ingrat de traducteur, et qu'il a dans de nombreuses notes complété certains chapitres, exposé ses recherches personnelles sur plusieurs points, par exemple sur l'amputation du col, mis enfin le livre au courant de la science française, ce dont on ne peut que lui savoir gré.

La pratique obstétricale : manœuvres et opérations à l'amphithéâtre ; par le Dr Crouzat, in-8, 288 p., 75 fig. — Paris, Delahaye et Lecrosnier. 1887.

Sous le titre de : *Manœuvres et opérations à l'amphithéâtre*, le Dr Crouzat vient de publier un manuel des « opérations obstétricales usuelles que tout médecin doit connaître et savoir pratiquer au début de sa carrière ». On sait que les manœuvres obstétricales instituées à l'Ecole pratique de la Faculté ont comblé une lacune regrettable dans l'enseignement officiel des accouchements: or, le livre de M. Crouzat a été écrit dans le but de guider les élèves dans leurs exercices sur le mannequin: mais cet ouvrage est appelé à rendre aussi de grands services aux praticiens, en leur faisant connaître les instruments et les procédés nouveaux, et en vulgarisant les progrès de l'obstétrique opératoire dans ces dernières années.

L'auteur a divisé son manuel en deux parties. La première est un exposé sommaire et indispensable des notions élémentaires de l'obstétrique ; bassin, fœtus, présentations de positions, mécanisme de l'accouchement.

La deuxième partie, la plus considérable et la plus intéressante, traite des manœuvres et opérations. Après avoir décrit le mannequin de Pinard et Budin sur lequel les manœuvres se pratiquent à l'Ecole, ainsi que les instruments mis à la disposition des élèves, M. Crouzat passe en revue les exercices de toucher et le diagnostique des présentations et des positions. Puis il aborde les opérations proprement dites, version, forceps, embryotomie. Les règles générales du manuel opératoire, ses différents temps, les difficultés de l'opération sont exposés avec une clarté et une précision remarquables : des divisions nombreuses, des titres placés en tête de chacun des principaux paragraphes, enfin d'excellentes figures enlèvent toute aridité à la description.

A propos de la version, nous signalerons particulièrement les développements donnés à la version par manœuvres externes, aux difficultés de la version et à la manière d'extraire la tête dernière dans les bassins rétrécis.

Les applications des forceps sont décrites avec un soin minutieux. Le lecteur trouvera là une foule de détails pratiques et de préceptes importants à méditer; car c'est de la connaissance de ces détails et de l'observation exacte de ces préceptes que dépendent le succès de l'opération et son innocuité pour la mère et pour l'enfant

En traitant de l'embryotomie, M. Crouzat a laissé avec raison de côté le céphalotribe pour ne s'occuper que du basiotribe. La supériorité de ce dernier instrument sur le céphalotribe n'est en effet plus à démontrer, et les succès constants qu'on obtient avec le basiotribe en font l'agent par excellence pour effectuer le broiement et l'extraction de la tête fœtale. Parmi les instruments qui servent à pratiquer la décollation, nous devons signaler le nouvel embryotome présenté par le professeur Tarnier dans son cours à la Faculté, et dont le Dr Crouzat est le premier à publier la description. Cet embryotome a donné jusqu'à présent les résultats les plus satisfaisants, et il est certainement appelé à occuper une place importante dans l'arsenal obstétrical.

Tel est en quelques mots ce livre utile, que, par sa situation de préparateur des cours d'accouchement et de moniteur des manœuvres obstétricales, le Dr Crouzat était à même de rédiger mieux que personne. Ajoutons que bien qu'il s'agisse d'un manuel, l'originalité est loin d'en être exclue : nous en citerons, entre autres preuves, un appendice sur la forme et l'axe du canal pelvi-génital, dans lequel l'auteur a résumé les recherches qu'il poursuit depuis longtemps déjà sur ce sujet. Ch. Maygrier.

La morphiomanie et son traitement ; par A. Erlenmeyer, 1887. Berlin, Heuser, grand in-8.

La 3e édition de cet ouvrage dont la réputation n'est plus à faire a été l'objet d'additions nombreuses qui ont porté le chiffre de ses pages à près de 500. L'auteur tout en exposant les résultats de son expérience qui est considérable, comme en témoignent les nombreuses observations rapportées dans ce livre, n'a eu garde de négliger les autres travaux parus sur ce sujet. Non seulement il les a cités et discutés au cours de chaque chapitre, mais à la fin du volume il prend soin de les classer par ordre chronologique et de donner pour chacun d'eux l'analyse de leur contenu. Commençant en 1864 cette Revue se continue jusqu'à la fin de 1886 ; c'est dire de quelle utilité elle ne peut manquer d'être pour tous ceux qui ont à s'occuper de cette question. Nous devons, la méthode de traitement de M. Erlenmeyer ayant été exposée dans ses précédentes publications, nous borner à signaler ici les principales têtes de chapitre. Après un exposé des *causes* et du *mode de développement* de la morphiomanie, M. Erlenmeyer décrit les *lésions* qui en sont la conséquence, lésions du côté de la peau et aussi du côté des viscères; à propos de l'état du cœur on trouvera des données intéressantes sur la *mort* dans la morphiomanie ; à signaler aussi les appendices consacrés à l'influence pathogène des solutions impures et à la transmission des maladies contagieuses par les seringues. — Puis vient l'étude des *symptômes* de l'intoxication chronique par la morphine, symptômes somatiques et symptômes psychiques, suivie par celle des manifestations morbides dues à l'*abstinence*. Tous les phénomènes dus à la privation de ce médicament sont décrits avec un soin particulier et classés suivant l'ordre physiologique; ils sont d'ailleurs disposés en trois groupes : ceux qui correspondent à la privation brusque, à la privation progressive et enfin ceux qui s'observent lorsque la privation complète est déjà un fait accompli; c'est bien ainsi en effet que les choses se passent en clinique. Quant aux symptômes d'un 4e groupe « les symptômes d'abstinence secondaire » l'auteur tout en les décrivant prend soin de déclarer qu'à son avis ce ne sont pas là à proprement parler des manifestations dues d'une façon directe à la privation de la morphine. Quelques considérations de physiologie pathologique terminent ce chapitre qui est le 3e de l'ouvrage. Quant au 4e, il est consacré au *diagnostic* de la morphiomanie; on y trouvera des détails très intéressants sur l'*examen des urines*. — M. Erlenmeyer aborde alors l'é-

tude du *traitement* de cette affection; il examine les *méthodes* à employer pour la suppression du médicament, les *conditions* dans lesquelles celle-ci doit être tentée, le malade restant chez lui ou entrant dans un établissement; il indique en outre quels moyens il faut employer contre tel ou tel des symptômes d'abstinence. Vient ensuite la question du traitement par la *Cocaïne* et des accidents que celle-ci détermine. Puis les règles à suivre pour empêcher les *rechûtes*. Enfin la *prophylaxie générale* de la morphiomanie, tant de la part des médecins que de celle des pharmaciens et de l'État. — Le 6e chapitre traite du *pronostic* de cette affection, des probabilités de la guérison, du temps que celle-ci demande, des phénomènes morbides qui peuvent lui survivre. — Dans la dernière partie de l'ouvrage la morphiomanie est étudiée au point de vue *médico-légal*: irresponsabilité des malades, séquestration, assurances sur la vie des morphiomanes, pénalités qui peuvent atteindre les pharmaciens et les droguistes. — De nombreuses observations sont placées à la fin du volume qui se termine par la *Revue bibliographique analytique* dont nous avons parlé plus haut. PIERRE MARIE.

Contribution à la pathologie du cervelet; par E.-C. SEGUIN. *Journ. of Nerv. and Ment. Dis.*, avril, 1887

M. E.C. Seguin rapporte quatre cas de lésions cérébelleuses, et de l'examen de ces cas tire des déductions au point de vue de la symptomatologie de ce genre de lésions. Voici d'après l'auteur lui-même le résumé de l'Observation I qui est la plus importante : Il s'agit d'un homme mort à l'âge de 45 ans. Début 18 ans avant la mort par de la céphalalgie et une ou plusieurs attaques épileptiformes ou apoplectiformes. Vision diminuée, avec atrophie des nerfs optiques; nystagmus; céphalalgie continue surtout frontale; titubation cérébelleuse typique; légère dysarthrie; pas de paralysie, d'ataxie ou d'anesthésie d'une façon distincte; réflexe patellaire exagéré, phénomène du pied; hémiplégie gauche partielle sans contracture. Mort consécutivement à des symptômes cérébro-bulbaires (stupeur, augmentation de la dysarthrie, dysphagie, salivation et polyurie). A l'autopsie : Kyste du cervelet ayant détruit le lobe moyen (ou vernis supérior) excepté son tiers frontal, pénétrant profondément dans le lobe latéral droit, mais n'ayant pas détruit le nucleus dentatus, exerçant une certaine pression sur le plancher du 4e ventricule. De plus endartérite oblitérante étendue ayant produit des foyers multiples de ramollissement dans le cerveau. On trouva plus tard en faisant des coupes un foyer hémorrhagique dans la moitié droite de la partie ventrale de la protubérance (au milieu des faisceaux pyramidaux) ayant produit une dégénération secondaire descendante du type ordinaire. Par l'analyse comparée de ses quatre cas, M. E. C. Seguin met en lumière la fréquence d'un certain nombre de symptômes dans les lésions cérébelleuses : lésions des nerfs optiques, céphalalgie, vomissement, titubation particulière; quelquefois aussi déviation des axes oculaires ou nystagmus, paralysie plus ou mois légère des membres; il n'y avait d'ataxie que dans un cas et seulement pour le membre supérieur; anesthésie dans un cas, pas de vertige dans aucun des cas. — L'auteur recommande l'usage de l'iodure de potassium. Pierre MARIE.

Contribution à la pathologie du langage. — Aphasie motrice; par Ugo BASSI. (*Rivista Veneta di Scienze Mediche*, 1886).

Après avoir fait une revue rapide des principaux travaux sur l'aphasie, l'auteur rapporte l'histoire d'un malade atteint d'aphasie, à l'autopsie duquel on trouva sur la 3e circonvolution frontale gauche, au niveau de son bord libre tourné vers la scissure de Sylvius, une tumeur de la grosseur d'une noisette formée de substance caséeuse. P. M.

De la paralysie agitante consécutive aux traumatismes (*Etude des convulsions et tremblements d'origine traumatique*; par M. VANDIER. Thèse de Paris, 1886.

M. Vandier rapporte trois observations inédites et un certain nombre d'autres publiées par divers auteurs, dans lesquelles la paralysie agitante s'est montrée à la suite d'un traumatisme. (Quant aux cas dans lesquels elle s'est montrée après une attaque d'apoplexie, est-ce bien de paralysie agitante véritable qu'il s'agit). P. M.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1659. 5 *février*. — *Conférence avec M. le Theologal.* — M. le Conte a dit que luy et M. Perreau ont vu aujourd'huy Monsieur le Theologal sur la délibération du dernier jour, qu'il a tesmoigné estre fort bien intentionné pour le bien et soulagement des pauvres de la maison et de seconder les intentions du Bureau et même les a *prié de luy dire ce qu'on désire qu'il fasse et qu'il l'exécutera aussytost.*

1659. 12 *février*. — La compagnie a commis à M. Cramoisy, Leconte, Forne, Lhoste et Perreau pour conférer avec M. le Theologal de Paris, directeur spirituel de l'Hostel Dieu sur les choses qui sont à regler au dedans de l'Hostel Dieu sur les délibérations précédentes.

1660. 7 *juillet*. — Sur ce qui a esté dit au Bureau qu'il ne sufist pas d'avoir fait publié l'arrest de la Cour du Parlement touchant les convalescens de l Hostel Dieu qu'il faut tenir la main à l'exécution. La Compagnie a prié messieurs le Vieulx et Heliot qui ont promis de tenir la main à faire exécuter ledit arrest. M. Forne a promis de les accompagner en cette occasion et a esté donné charge au sr Cudefo d'exécuter tout ce qui luy sera commandé par lesdits sieurs pour cet effet et d'autant qu'il a esté remarqué que les *Religieuses dudit Hostel Dieu se plaignent dudit arrest et disent qu'elles ne peuvent pas faire la besogne à laquelle elles emploient lesdits convalescents*, comme à porter du bois aux offices, du linge mouillé aux lessives, quelques-uns de messieurs aiant dit que les ambaleurs qui sont dans l Hostel Dieu ne sufit pas pour toutte la besogne qui y est à faire, il les faut augmenter en sorte qu'il y en ayt sufisament. Surquoy la Compagnie a arresté que la mère prieure sera avertie de venir au Bureau vendredy prochain pour conferancer et voir ce qui se peut faire le plus commodement et le moins à charge à l'Hostel Dieu (*Reg.* 28).

En 1656, Louis XIV fondait l'hôpital général destiné à subvenir aux besoins des pauvres. On eut recours à la charité publique pour fournir l'argent nécessaire aux différents établissements composant cette institution. Il y eut même des arrêts du Parlement destinés à faire lever certaines taxes pour l'entretien de l'hôpital général. Tout le monde se conforma sans murmure à payer un impôt utile pour soulager les misères publiques. Seul le clergé se refusa à satisfaire à la loi commune Il fallut pour la faire exécuter entamer un procès qui se termina par un arrêt du Parlement du 30 juin 1663, le condamnant à payer comme tout le monde l'impôt des pauvres.

1662. 26 *avril*. — ARREST DU PARLEMENT. — *Par lequel il est ordonné que les ecclesiastiques seront invités de contribuer à la subsistance des pauvres pour cette année, et que les bourgeois de Paris paieront, pour la même subsistance, pareille somme qu'ils paient pour le nettoiement des boues.* Ce jour, les gens du roi entrés, Me Denis Talon, avocat dudit Seigneur, portant la parole, ont dit à la Cour, que, par la déclaration dudit Seigneur roi, du mois d'avril 1656, vérifiée en ladite Cour, le premier jour de septembre ensuivant, il est porté en l'article 35, que toutes les communautés séculières et régulières, de l'un et de l'autre sexe dans cette ville, prévoté et vicomté de Paris, et tous les corps laïcs, les fabriques des églises, les chapelles et confrairies, et autres, même les corps des métiers et toutes autres personnes, contribueront à la subsistance de l'hôpital général, chacun à proportion de ses forces; à quoi faire, ils seroient invités; et à faute de ce faire volontairement, seront cotisés selon les anciens réglements de police, et arrets rendus par la Cour à la requisition du procureur général, pour selon les taxes qui seroient modérement faites, en faire le recouvrement par le receveur dudit Hopital; en procedant à la vérification desquelles lettres, la Cour n'auroit apporté aucune modification, sinon qu'elle auroit ordonné que les bourgeois seroient seulement invités de contribuer à ladite subsistance, sans qu'ils puissent être taxés, sinon en cas de nécessité; et d'autant que cette nécessité à laquelle sont réduits les pauvres dudit Hopital-général, au nombre de neuf à dix mille, est à présent si grande, comme il est notoire à un chacun, qu'il est impossible qu'il subsiste davantage, s'il n'est promptement secouru; ce que les directeurs dudit Hopital ayant représenté à l'assemblée de la police générale, tenue les 21 et 24 de ce mois, et déclaré qu'ils seroient forcés et nécessités d'ouvrir les portes dudit Hopital, si l'assemblée ne pourvoyoit promptement à leurs pressans besoins; et ladite assemblée étant convenu qu'il étoit nécessaire de soutenir cet établissement, plusieurs propositions auroient été faites et amplement discutées, entre lesquelles aucune n'a été trouvée plus prompte et convenable que l'exécution dudit article 35 de ladite déclaration; partant requéroient l'exécution d'icelui; comme aussi qu'il plut à la Cour de pourvoir à

l'extrême disette et nécessité des pauvres villes et bourgs; et s'étant retirés, la matière mise en délibération : LA COUR a ordonné et ordonne que l'article 35 de la déclaration de l'établissement de l'Hopital général, et l'arrêt de vérification sur icelle, seront exécutés; et en ce faisant, que *toutes les communautés, tant séculières que régulières, de l'un et de l'autre sexe, les archevêques, chapitres, abbés, prieurs, chapelains et tous autres bénéficiers de cette ville et faux bourgs, prévôté et vicomté de Paris, ensemble tous les corps laïcs, fabriques des églises confrairies, et autres* de lad. ville et fauxbourgs, seront invités de contribuer, à proportion de leur revenu, à la subsistance, nourriture et entretien des pauvres dudit Hopital Général, jusques à la somme de cent mille livres, pour la présente année seulement, commencée au premier jour de janvier dernier, et à cet effet, se taxer volontairement, et payer leurs contributions ès mains du receveur de l'Hôpital Général, savoir ; la première demi-année dans la fin du mois de juin prochain, et l'autre demi annee dans le jour dernier de la présente année ; autrement et à faute de se taxer dans huitaine, pour toutes préfixions et délais, ils seront taxés par les commissaires qui seront à ce députés par la Cour, et contraints au paiement de leurs taxes, par saisie de leur temporel, dont le tiers sera payé sans répétition, au receveur dudit Hôpital-Général ; et à ce faire, les locataires, fermiers et autres redevables, contraints par toutes voies dues et raisonnables. Ordonne en outre que tous les propriétaires qui occupent leurs maisons, et principaux locataires qui tiennent à loyer les maisons de cette ville et fauxbourgs, seront aussi tenus de payer pour la subsistance dudit Hôpital pendant la présente année, à commencer du premier jour de janvier dernier, pareille somme que celle à laquelle ils sont taxés pour le nettoyement des boues, lesquelles sommes seront receues par le receveur dudit Hopital, ou ses commis, et au paiement d'icelles, lesdits propriétaires et locataires seront contraints par les mêmes voies qu'ils sont obligés de payer leurs taxes pour le nettoiement de ladite ville. Ordonne que dans toutes les autres villes ou gros bourgs du ressort seront faites assemblées de police, à la diligence des substituts dudit procureur général, par devants les lieutenants généraux et juges royaux des lieux si fait n'a été, dans lesquelles les communautés ecclésiastiques, de l'un et de l'autre sexe, et les archevêques, évêques et bénéficiers, ensemble les habitants et bourgeois desdits lieux, seront invités de se taxer pour la subsistance des pauvres de chacune desdites villes et gros bourg ; sinon, et à faute de ce faire, seront taxés par les officiers royaux desdites villes et gros bourgs ; et ce qui sera par eux ordonné, sera exécuté, nonobstant oppositions ou appellations quelconques. Et sera le présent arrêté lu et publié à son de trompe et cri public, et affiché partout ou besoin sera, et copie d'icelui, collationnée, envoyée en tous les bailliages et sénéchaussées du ressort, afin que nul n'en prétende cause d'ignorance. Fait en parlement, le vingt-sixième d'avril mil six cent soixante deux. *Signé* : DU TILLET.

Lu et publié à son de trompe et cri public, en tous les carrefours, places et lieux accoutumés à faire cris et proclamations de justice, en cette ville et fauxbourgs de Paris, par moi, Charles Canto, crieur juré en ladite ville, prévôté et vicomté de Paris, soussigné, accompagné de Jérome Traisson, juré trompette du roi, de Pierre du Bos, commis de Jean de Bos, et Jean de Beauvais, commis d'Etienne Chappé, aussi juré trompette, le mercredi, troisième jour de mai mil six cent soixante deux. *Signé* : CANTO.

(*Code de l'Hôpital général*).

30 *juin* 1662. — ARRÊT DU PARLEMENT. — PORTANT *que les archevêque, chapitres, abbés, prieurs, et toutes les communautés de la ville de Paris, paieront, dans trois jours, la somme de cinquante mille livres au receveur de* l'hôpital-général, SUR ce qui a été représenté à la Cour par le procureur-général du roi, que par arrêt du 26 avril dernier, il a été, entre autres choses, ordonné que l'article 35 de la déclaration du roi, touchant l'établissement de l'Hopital-Général et arrêt de vérification d'icelle, seront éxécutés; et ce faisant, que les archevêque, chapitre, abbés, prieurs, et autres bénéficiers de cette ville et fauxbourgs, prévôté et vicomté de Paris, seront invités de contribuer, à proportion de leur revenu, à la subsistance, nourriture et entretien des pauvres dudit Hopital-Général, jusqu'à la somme de cent mille livres, pour la présente année seulement, à commencer au premier jour de janvier dernier; savoir, la première demi-année, dans la fin du présent mois de juin, et l'autre demi-année dans le dernier jour de la présente année; autrement, et à faute de ce faire dans huitaine, pour toutes préfixions et délais, qu'ils seront taxés par les commissaires à ce députés par la cour et contraints au paiement de leurs taxes par saisie de leur revenu temporel; et quoique ledit arrêt ait été publié et affiché aux lieux accoutumés, et qu'il soit notoire à un chacun et notamment auxdits ecclésiastiques, qui ont même assisté à l'assemblée de la police générale, néanmoins ils n'ont tenu compte d'y satisfaire et sont, par ce moyen, les pauvres dudit Hopital-Général, demeurés sans secours de leur part, quoiqu'ils soient plus particulièrement obligés qu'aucuns autres, comme possédant les biens destinés et affectés par les saints décrets et constitutions canoniques, à la nourriture et subsistance des pauvres; à quoi il requiert qu'il plut à la Cour d'y pourvoir. LA COUR a ordonné et ordonne que ledit arrêt du vingt-six avril dernier sera exécuté selon la forme et teneur ; ce faisant que les archevêque, chapitres, abbés, prieurs, les communautés tant séculières que régulières, de l'un et de l'autre sexe, et tous autres bénéficiers de cette ville et faubourgs, prévoté et vicomté de Paris, paieront, dans trois jours, entre les mains du receveur dudit Hopital-Général, la somme de cinquante mille livres, pour la première demi-année, qui échoira au premier jour de juillet prochain, de la somme de cent mille livres, ordonnée par ledit arrêt; sinon et à faute de ce faire dans ledit tems de trois jours, à compter du jour de la publication d'icelui et signification qui en sera faite aux grands vicaires de l'archevêché de Paris; et icelui passé, en vertu du présent arrêt, sans qu'il soit besoin d'autre, ordonné qu'à la requête du procureur-général, il sera procédé par saisie du quart de leur revenu temporel comme étant le bien et patrimoine des pauvres, au paiement duquel quart les fermiers, locataires et autres redevables, seront contraints par toutes voies dues et raisonnables; sera le présent arrêt lu, publié à son de trompe et cri public et affiché partout ou besoin sera, afin que lesdits bénéficiers et communautés n'en puissent prétendre cause d'ignorance. (*Code de l'Hôpital Général.*)

Un nouveau différend, d'une nature toute particulière, va éclater encore :

1662. — 15 *novembre*. — Monsieur Perreau a dit qu'aiant fait imprimer le réglement des accouchées, et l'aiant fait aficher dans l'Hostel Dieu, il a receu plainte du maitre au spirituel de ce qu'il y étoit qualifié de monsieur le *Père spirituel*. que lui aiant répondu que par cela, on entendait messieurs les directeurs spirituels, et leur en aiant parlé, ils ont dit que la qualité qu'ils prenent est : *supérieurs et viziteurs du spirituel de l'Hostel Dieu*, que cette qualité doit toujours estre au pluriel, à cauze que monsieur le Doyen est supérieur né, et qu'ainsi il y en a toujours deux au moins; qu'ils trouvèrent aussi nécessaire d'obliger les aprentisses aussi bien que la sage femme, de recevoir d'eux l'instruction nécessaire pour les sacremens des enfants qui naissent à l'Hostel Dieu, qu'ils trouvèrent à redire que l'Hostel Dieu usast de certains termes à l'égard des chapelains et religieuzes de l'Hostel Dieu, prétendans que le Bureau *n'a aucune autorité sur eux* (1); mais leur aiant fait connoitre de quelle manière le Bureau prétend avoir droit de donner ausdits chapelains les ordres qu'ils jugeoient nécessaires, ils répondirent d'une manière qui sembloit en demeurer d'accord, et néantmoins ledit reglement aiant esté réformé suivant ce qui est dit ci-dessus, et aiant esté afiché, il a sceu *que la mère de l'ofice des acouchées l'a araché*, de quoi ayant fait sa plainte à la mère Prieure, elle a dit que cela a esté fait sans son ordre, que la mère de l'office a avoué l'avoir fait *par l'ordre desdits sieurs du spirituel*, ausquels s'en estant plaint, monsieur le Penitencier a prétendu que *le Bureau n'a aucune autorité dans l'Hostel Dieu sur qui que ce soit, mais une simple administration de revenu*, ce qui est choquer absolument l'autorité du Bureau, à quoy il faut remédier Sur quoy la Compagnie a aresté que monseigneur le Premier Prezidant sera prié de venir prendre sa place au Bureau vendredy prochain, pour avizer à cette affaire. (*Delib*ns, *Reg.* 30 et *Doc*ts)., tom. I. p. 158.

Nous allons être témoins d'une comédie des plus ridicules jouée par les religieuses, qui, sans se lasser, vont, pendant des mois, arracher les règlements collés sur les murs par ordre du Bureau. Ni les menaces des huissiers, ni les arrêts du Parlement n'arrêtent leur zèle sauvage. L'abondance des malades réclamant leurs soins ne ralentit pas leur ardeur. Leur seul but, leur seule préoccupation est de déchirer des affiches et de donner l'exemple de la plus grande insubordination. Nous laissons, du reste, au lecteur, le soin d'apprécier ce qui va suivre.

Il est bon toutefois de donner quelques renseignements sur le lieu où va se dérouler le drame héroï-comique de la guerre aux affiches déclarée par les religieuses aux administrateurs de l'Hôtel Dieu. La scène se passe dans l'office des accouchées située au deuxième étage de l'Hôtel Dieu, dans le bâtiment annexe en façade d'un côté sur la rue de la Bûcherie, et de l'autre côté, immédiatement en bordure sur la Seine. Il n'existait à cette époque aucun passage sur la rive gauche entre le Petit Pont et le Pont au Double. Les deux corps de bâtiment de l'Hôtel Dieu sur chaque côté de la Seine étaient reliés par le Pont St-Charles. Comme nous avons pu le voir déjà, le service des femmes en couches n'était pas fait par les religieuses. Une

(1) Toujours la même chose.

seule, la *portière des accouchées* se tenait à l'entrée du service qui était fait par la maîtresse sage femme et ses *apprentisses*. En dehors de la garde de la porte, les religieuses n'avaient rien à voir dans la salle des accouchées. Les hommes, sauf le maître au spirituel, le chirurgien de l'Hôtel Dieu, son premier compagnon, et un seul administrateur en étaient absolument exclus. A de rares intervalles, on y voit un médecin privilégié admis à apprendre les accouchements. La sage-femme était donc maîtresse de cette partie de l'Hôtel Dieu, qui était à cette époque l'unique école d'accouchements d'une grande partie de la France. Mais, le spirituel, comme partout, voulait avoir le dessus. Ne lui fallait-il pas donner aux apprentisses les instructions pour les sacrements à donner aux enfants ? Il avait le pied dans la place, il voulait en être le maître. Les délibérations suivantes sont là pour le prouver.

1662. 15 *décembre*. — *Différend avec le spirituel*. Assistans : Messieurs Cramoisy, le Conte, Forne, l'Hoste, de Gomont, Perreau, le Vieulx, Helyot et le Gendre.

Monsieur l'Hoste a dit, qu'encore qu'il n'eust pas esté averti du jour, que Messieurs du spirituel de l'Hostel Dieu s'y devoient trouver chez Monseigneur le premier Prezidant, pour conférer touchant le diférend qu'ils ont avec le Bureau : il s'y rencontra néantmoins par occasion ; et Monsieur de Lauzon y estant venu seul, on ne laissa pas de parler de l'afaire dont il estoit question ; que ledit sieur de Lauzon maintint encore, comme avait fait Monsieur le Penitencier, que le Bureau n'avoit aucune autorité, pour comander aux ecclesiastiques et religieuses de l'Hostel Dieu, ny y faire aficher aucun reglement qui les regardast ; et lui sieur l'Hoste au contraire montra que le Bureau avoit le droit et la profession : de laquelle ledit sieur de Lauzon ne voulant demeurer d'acord, nonobstant les exemples qui lui en estoient cittez ; que la fin de la conférance fut, que le reglement des acouchées, qui avoit donné commencement à ce differend n'estant point lors veu, il faloit que Messieurs du Bureau eussent quelque conference particuliere avec lesdits sieurs du spirituel, auparavant que d'en tenir une chez ledit seigneur premier Prezidant : de quoi il avoit donné avis à M. Perreau : Lequel prenant la parole a dit, que sur cet avis de Monsieur L'Hoste, il a parlé à Monsieur de Lauzon, lequel s'estant raporté entièrement à ce que Monsieur le Penitentier trouveroit à propos : il a veu aussi ledit sieur Penitentier, et lui aiant fait entendre ce qui s'estoit passé, et demandé ce qu'il estoit d'avis de faire, et qu'il estoit prié, pour faire les choses avec plus de seureté, d'en communiquer auparavant avec Messieurs du Chapitre de Paris : Monsieur de Lauzon estant survenu a dit, que ces assemblées et conférences ne produiroient que de la contestation entre ces deux compagnies : qu'il valoit mieux laisser les choses en l'estat qu'elles estoient. A quoi ledit sieur Perreau a adjouté, qu'il est à propos pour le bien des pauvres, de ne pas choquer ouvertement ledit sieur Pénitentier, qui peut produire beaucoup de bien à l'Hostel Dieu par le moien des personnes dont il gouverne la conscience, comme il a fait tout fraichement en la personne de M. Josse. Sur quoi aiant esté remercié, que laissant les choses en l'estat qu'elles sont, l'autorité du Bureau demeureroit blessée, en ce *qu'on a arachè le reglement qu'il avoit fait afficher en la sale des acouchées et osté les exemplaires des mains de l'embaleur, qui avoit ordre de l'aficher en d'autres lieux ;* l'afaire mize en délibération. La Compagnie a aresté que Monsieur l'Hoste informera du tout Monseigneur le Premier Prezidant pour sur sa réponse déliberer de ce qui sera à faire. (Delib^{ns}. *Reg.* 30, p 266).

1662. 20 *décembre*. — Sur le Diferend qui est antre Messieurs du spirituel de l'Hostel Dieu et le Bureau, la Compagnie a aresté qu'elle déliberera plus amplement, en une assemblée qui sera tenue exprès au Bureau, à laquelle Messeigneurs les premiers Prezidans, Prézidans de Longueil et Amelot seront priez de se trouver pour y deliberer sur tous les diférens qui ont esté et peuvent estre entre les deux compagnies De quoi seront faits auparavant des mémoires qui seront communiquez au Bureau vendredy prochain. (*Delib*^{ns}. *Reg.* 30. p. 275). A. ROUSSELET.

Distribution des prix aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris.

Samedi soir a eu lieu à la mairie de la rue Drouot, sous la présidence de M. Bourneville, député de la Seine, la distribution des prix aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris, dirigée par le Dr David. Cette école, qui date de 1880, a rendu déjà de réels services, en donnant au public un nombre déjà considérable de dentistes habiles et instruits, et en soignant gratuitement un grand nombre de personnes. C'est ce qu'a rappelé le directeur de l'Ecole, après avoir souhaité la bienvenue au président.

M. Bourneville a rappelé les campagnes entreprises par lui depuis 1873 (1), pour exciter les dentistes parisiens à créer ce que la Faculté de médecine de Paris refusait de faire, c'est-à-dire un enseignement complet de la chirurgie dentaire semblable à celui qui existe depuis longtemps en Amérique et en Angleterre. Il a également rappelé les vœux du Conseil municipal, réclamant la création de services dentaires dans les hôpitaux où. jusqu'ici, l'extraction des dents était abandonnée aux brancardiers et aux garçons de consultation.

Ces réformes sont aujourd'hui réalisées, grâce aux fondateurs de l'Ecole dentaire et à la persistance du Conseil municipal. Le jour où la Ville de Paris voudra créer un enseignement municipal de la médecine, elle trouvera dans l'Ecole dentaire un concours des plus précieux pour l'enseignement de l'une des branches médicales. En terminant, il a félicité l'administration de l'Ecole de l'excellente idée qu'elle a eue de provoquer la réunion à Paris, en 1889, d'un Congrès international de médecins dentistes à Paris.

Après une conférence pleine d'humour de M. le Dr Faucher, le secrétaire général, M. Godon a fait son rapport sur les faits accomplis pendant l'année scolaire. Puis il a été procédé à la distribution des récompenses et à la proclamation des noms des diplômés, parmi lesquels nous devons citer deux dames : Mlles Delion et Weicenblut.

Institut odontotechnique de France.

La séance de rentrée de l'Institut ondontotechnique a eu lieu lundi dernier, 3, rue de l'Abbaye, à 8 h. 1/2, sous la présidence du Dr Andrieu, qui a donné un exposé des progrès accomplis depuis la fondation de l'Institut. Après avoir complimenté les élèves et les professeurs, il a surtout insisté sur les efforts entrepris de tous côtés pour le relèvement de la profession de dentiste. L'institut odontechnique compte trois de ses membres nommés récemment dentistes des hôpitaux. Le Dr Demontporcelet, professeur d'anatomie à l'école a persuadé aux élèves que les sciences soi-disant accessoires, étaient indispensables aux dentistes, un instrument ne suffisant pas entre les mains d'un praticien habile, mais mal instruit. Il a établi avec une grande compétence les rapports existant entre la chirurgie dentaire et la pathologie chirurgicale. Parmi les candidats, citons MM. Deligny, Klett, Wismer, Hivert, Bernstamm, Blanchard et Philips.

Faculté de médecine de Paris. — Ouverture des Cours.

Clinique médicale de l'hôpital Necker : M. le professeur PETER a commencé son cours de clinique médicale, à l'hopital Necker, le vendredi 11 novembre 1887, à 9 heures 1/2, à l'amphithéâtre de medecine de cet hôpital ; il le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. le professeur Alfred FOURNIER a commencé le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 11 novembre 1887, à 9 h. du matin (hopital St-Louis) ; il le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. *Ordre du cours* : les mardis, leçons au lit des malades ; les vendredis, leçons à l'amphithéatre, à 10 h.

Cours d'anatomie pathologique : M. le professeur CORNIL a commencé le cours d'anatomie pathologique, le vendredi 11 novembre 1887, à 5 heures de l'après-midi, à la Faculté (grand amphithéatre) ; il le continuera les lundis et vendredis suivants, a la même heure (à la Faculté), les mercredis, à l'Ecole pratique, à 1 heure 1/2 dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au 2e étage). M. le professeur Cornil fait des autopsies tous les jours (amphithéâtre Bichat, à l'Hotel-Dieu).

Cours de pathologie interne : M. le professeur DIEULAFOY commencera le cours de pathologie interne, le samedi 12 novembre 1887, à 3 heures (grand amphithéatre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de médecine opératoire : M. le professeur DUPLAY commencera le cours de médecine opératoire, le samedi 12 novembre 1887, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Clinique des maladies mentales : M. le professeur BALL commencera son cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 13 novembre 1887, a l'asile Sainte-Anne, a 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la meme heure.

Clinique chirurgicale de Necker : M. le professeur LE FORT commencera son cours de clinique chirurgicale, le jeudi 17 no-

(1) Voyez entre autres : *Progrès médical*, 1873, nos 25 et 27...; 1880, no 12 ; 1884, no 45, etc.

vembre 1887, à 10 heures du matin, et les continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure. Tous les jours, visite des malades, à 8 heures 1/2.

Clinique chirurgicale de la Charité : M. le professeur TRÉLAT commencera le cours de clinique chirurgicale, le mercredi 16 novembre 1887, à 10 heures. Les mercredis et vendredis, leçons à l'amphithéâtre et opérations, à 10 heures. Les lundis, maladies des femmes et étude de pièces au laboratoire. Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades, à 9 heures.

Cours de pathologie chirurgicale : M. le professeur LANNELONGUE commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 14 novembre 1887, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique d'accouchements et de gynécologie : M. P. BUDIN, agrégé, chargé du cours, commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, le samedi 12 novembre 1887, à 9 heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. *Ordre du cours* : mardi et samedi ; leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins à 8 heures 1/2.

Cours d'anatomie : M. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 14 novembre 1887, à 4 h. (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. *Objet du cours* : Anatomie des régions. Les membres.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie : M. le professeur LABOULBÈNE commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 17 novembre 1887, à 4 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours libre de pathologie interne : M. LEGROUX, agrégé libre, a commencé ce cours le mercredi 10 novembre 1887 (petit amphithéâtre), à 8 heures 1/2 du soir, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure. *Programme du cours* : Etiologie, pathogénie, signes, traitement et prophylaxie des maladies principales de l'enfance.

Conférences de pathologie interne : M. TROISIER, agrégé, a commencé ces conférences le vendredi 11 novembre 1887, à 4 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences d'histoire naturelle médicale : M. Raphaël BLANCHARD, agrégé, commencera ces conférences le samedi 12 novembre 1887, à 2 heures (grand amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences de physiologie : M. P. REYNIER, agrégé, commencera ces conférences le mardi 15 novembre 1887, à 3 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. *Sujet des conférences* : Digestion, absorption, secrétions, nutrition, circulation.

Conférences de pathologie externe : M. CAMPENON, agrégé, a commencé ces conférences, le jeudi 10 novembre 1887, à 5 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de physique médicale : M le Pr GARIEL commencera le cours de physique médicale, le lundi 14 novembre 1887, à midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Hospitalisation des Vénériennes. — Révolte dans un hôpital.

Une révolte terrible a éclaté à l'hôpital de Santa-Maria à Naples, occupé par plusieurs centaines de femmes atteintes de maladies spéciales. Elles ont commencé par chasser du couvent les sœurs assistantes, puis elles ont forcé les religieuses à se retirer au bureau de police. Alors ces femmes affolées, que rien ne retenait plus, ont saccagé l'hopital, brisant et jetant tout par les fenêtres. Armées de couteaux de table, elles ont attaqué les gardes de police, qui avaient dû forcer la porte. Le questeur a appelé un peloton de soldats et un piquet de carabiniers qui hésitaient à employer la force brutale contre des femmes, mais ils ont été repoussés. Assaillis de chaises, de plats, de bouteilles, de barres de fer, de lits brisés, ils durent se décider à marcher contre ces furieuses la baionnette en avant, et les gardes dégainèrent. La révolte a duré huit heures. Vingt-deux sœurs ont été blessées plus ou moins gravement, ainsi que deux carabiniers et plusieurs soldats. On a arrêté jusqu'à présent vingt-huit des plus acharnées. La cause principale de la révolte serait la prohibition des visites, depuis qu'on s'était aperçu qu'au lieu des parents les femmes recevaient leurs amants

Comme on le voit, en Italie comme ailleurs, le service des vénériennes est mal organisé.

Instituts de l'Université de Liège.

I. A l'*Institut anatomique*, dont l'installation est actuellement complètement terminée, non seulement l'auditoire et les salles de démonstration sont disposées de façon à permettre à tous les auditeurs (100 à 120) de voir et de suivre les démonstrations macro et microscopiques, mais, de plus, des salles de travail bien aménagées donnent aux élèves les moyens de faire des recherches personnelles et d'étudier pratiquement l'anatomie, tant par les dissections qu'à l'aide du microscope.

La salle de dissection, qui contient un pavillon isolé, avec ventillation, distribution d'eau et canalisation spéciales est éclairée et disposée de telle sorte que 70 étudiants peuvent y disséquer à la fois et s'y tenir parfaitement à l'aise. Les cadavres sont toujours injectés avec un liquide conservateur, de façon que les pièces peuvent être travaillées pendant plusieurs semaines sans s'altérer ni répandre aucune odeur autre que celle de l'acide phénique. Les élèves sont divisés en deux groupes. Le premier comprend les étudiants de la première année de candidature. Au mois de décembre, quand ils ont étudié l'ostéologie et après avoir prouvé qu'ils la connaissent assez bien, ces élèves sont admis à disséquer jusqu'à la fin du premier semestre (fin février). Pendant ce temps, ils étudient les muscles, les aponévroses et les articulations. Les étudiants de deuxième année forment le deuxième groupe. Ils sont admis à la salle de dissection depuis la rentrée (15 octobre) jusqu'aux vacances de Pâques. On leur distribue des pièces injectées à la cire ou au mélange de Teichmann, et ils dissèquent à la fois les vaisseaux et les nerfs. Ils étudient aussi la splanchnologie et les organes des sens. La salle de dissection est ouverte tous les jours après midi de 2 heures 1/2 à 6 heures du soir. Les élèves sont dirigés dans leurs travaux par les professeurs et les assistants. Une *salle d'étude*, communiquant avec la précédente, fournit aux élèves d'autres sources d'instruction. Des os y sont mis à leur disposition. Dans des vitrines bien éclairées, des pièces variées (préparations sèches ou glycérinées, coupes sur cadavres congelés, moules en platre, etc., etc.), sont exposées de façon à pouvoir être bien examinées. Les objets des leçons y sont de préférence étalés. Cette installation rend de grands services aux élèves. Dans cette même salle se trouvent encore quelques tables de dissection où une vingtaine de travailleurs peuvent encore au besoin trouver place.

II. Pour *la microscopie*, une grande salle éclairée par quatre vitrines de $4^m,50$ de large permet de faire les leçons à 50 élèves à la fois. Chacun d'eux reçoit un microscope, des réactifs et quelques bocaux. Il doit se procurer les autres instruments de travail. Le cours se fait au semestre d'été, deux après-midi entières par semaine. Ici encore les élèves sont divisés en deux groupes : les élèves de première année étudient l'histologie générale ; ceux de deuxième année, l'histologie spéciale. Tous travaillent eux-mêmes, mais reçoivent de plus, à chaque leçon, cinq ou six bonnes préparations, qu'ils doivent étudier et dessiner avec soin. Ces préparations leur sont données, et chaque étudiant peut ainsi se faire une collection assez complète. Un *laboratoire*, aménagé pour 8 travailleurs, est ouvert aux personnes qui désirent faire des recherches personnelles et aux étudiants qui désirent s'occuper spécialement d'histologie. Ce laboratoire est ouvert tous les jours de 9 heures du matin à 6 heures du soir.

III. Le nouvel *Institut de physiologie* a été commencé en 1885 et sera utilisé pour l'enseignement au commencement de 1888. C'est un batiment isolé, couvrant environ 1.300 mètres carrés de surface, présentant une façade principale de 56 mètres de long. Il se compose d'un sous-sol, d'un rez-de-chaussée et d'un étage. Il comprend deux auditoires avec salle de préparation des cours, galerie de démonstration, laboratoire de chimie physiologique, d'instruction et de recherches, salle pour l'analyse élémentaire, locaux pour les balances, pour l'extraction des gaz du sang, pour l'analyse des gaz, salles de vivisection, d'électrophysiologie, de photographie, chambre optique et chambre obscure, salles de collection, bibliothèque, bureau, atelier du mécanicien, aquarium, machine, chenils, écurie, etc., outre des logements pour une partie du personnel. Les travailleurs auront à leur disposition : eau, gaz, électricité, force motrice, lumière électrique, etc. La construction a coûté 265.000 francs, sans le terrain ; l'outillage neuf, environ 50.000 fr. Dans ces chiffres ne sont pas compris, naturellement, le mobilier et la collection d'instruments de l'ancien laboratoire de physiologie, qui seront transférés à l'Institut, dont ils constituent l'outillage. Le grand auditoire peut contenir 100 élèves · le petit a 60 places. Le laboratoire de chimie physiologique peut recevoir 30 travailleurs. Il y aura environ le même nombre de places dans les laboratoires de vivisection et de physique physiologique. (*A suivre*).

Intérêts professionnels.

Le tribunal civil de la Seine vient de prendre une décision favorable au corps médical. Il a décidé que les enfants devant de par la loi *les aliments* à leurs parents, ils doivent de ce fait payer les honoraires du médecin qui a soigné ces mêmes parents. Voici en quoi consiste la décision prise.

La dette alimentaire spécifiée par l'article 205 du Code civil ne comprend pas seulement la fourniture des aliments, mais aussi le

logement, les vêtements et nécessairement les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie. En conséquence, le médecin a une action contre le débiteur de la dette alimentaire, pour soins donnés au créancier, alors surtout que le débiteur a assisté aux visites sans formuler d'objection et sans prévenir qu'il se refuserait à payer la dépense.

Attendu que la dame R... prétend que si le docteur Peyrot a soigné sa mère, la veuve C..., il est venu sans qu'elle l'ait demandé et qu'elle n'a, en aucune façon, contracté envers lui une obligation de lui payer ses visites;

Que la seule personne qui soit sa débitrice, c'est la veuve C.., et que, d'ailleurs, c'est à elle seule que, jusqu'au jour de la présente instance, le docteur Peyrot s'était adressé;

Mais attendu que la dame R... a reconnu que la veuve C... s'étant cassé le col du fémur en novembre 1881 à la suite d'un accident de voiture, fut soignée d'abord par le docteur Lorey, le médecin de la famille, puis par le chirurgien Peyrot, que le docteur Lorey avait fait venir pour l'assister, à raison de la gravité de la fracture, du grand âge de la malade et de la compétence particulière du chirurgien;

Attendu que la dame R... a également reconnu que sa mère, la veuve C... n'avait pas de ressources, que c'était elle qui, d'habitude, la logeait, la nourrissait, que c'était elle qui subvenait à son entretien, la défrayait de tout, et même lui servait une petite rente de 400 francs pour ses menues dépenses;

Attendu qu'en présence de cette reconnaissance formelle de l'obligation alimentaire, qu'elle avait assumée au regard de sa mère et que la loi, d'ailleurs, lui imposait, la demande du docteur Peyrot est bien fondée;

Qu'en effet, la dette alimentaire spécifiée par l'article 205 du Code civil ne comprend pas seulement la fourniture des aliments, mais aussi le logement, les vêtements, et nécessairement les soins à donner, et les dépenses à faire en cas de maladie; que la dame R... ne donnant rien à sa mère en dehors d'un peu d'argent de poche pour faire face à ses besoins, est donc tenue envers le médecin qui la soigne comme elle le serait par exemple envers le fournisseurs d'aliments;

Que, dans ces divers cas, les dépenses ont le même caractère d'urgence et s'imposent à la conscience des enfants.

Attendu que la seule question à examiner par le tribunal est de savoir si la somme réclamée par le docteur Peyrot n'est pas exagérée et est en rapport de la situation de la dame R..; qu'il suffit, à cet égard, de considérer, d'une part, que la malade, âgée de soixante-quinze ans alors, a été complètement guérie d'une fracture du col du fémur, grâce à l'habileté bien connue du chirurgien;

Attendu que la présente solution s'impose d'autant plus que la dame R... a laissé le docteur Lorey, son médecin habituel, faire venir le docteur Peyrot, sans formuler aucune objection, sans le prévenir qu'elle se refuserait à payer la dépense;

Qu'en outre, elle a assisté aux visites du docteur Peyrot, sans avertir davantage ce dernier qu'il prodiguait ses soins à une personne hors d'état de le payer;

Qu'à moins donc de supposer chez cette dame le calcul peu honorable dans sa situation de fortune de tromper les médecins et d'abuser de leur science pour faire soigner sa mère sans avoir rien à débourser, on doit considérer qu'elle prenait alors envers eux l'engagement de les rémunérer;

Par ces motifs,

Condamne la dame R... à payer au docteur Peyrot la somme de 1,000 francs pour les causes sus-énoncées. (*Bull. méd.*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 14. — *2e de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Chauffard. — *5e de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) (*1re Série*) : MM. Lannelongue, Budin, Jalaguier; — (*2e Série*) : MM. Guyon, Delens, Maygrier.

MARDI 15. — *4e de Doctorat* : MM. Proust, Legroux, Ballet. — *5e de Doctorat* (1re partie) (Charité) (*1re Série*) : MM. Le Fort, Tarnier, Schwartz; — (*2e Série*) : MM. Richet, Panas, Bouilly.

MERCREDI 16. — *2e de Doctorat* (2e partie) : MM. Hayem, C. Richet, Rémy.

JEUDI 17. — *3e de Doctorat* (2e partie) (*1re Série*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Quinquaud; — *2e Série* : MM. Bouchard, Legroux, Hanot. — *2e de Doctorat* : MM. Peter, Fernet, Hutinel.

VENDREDI 18. — (Epreuve pratique). Méd. opér. : MM. Trelat, Guyon, Segond. — *5e de Doctorat* (1re partie (Charité) : MM. Budin, Delens, Reclus; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Chauffard.

SAMEDI 19. — *2e de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Proust, Peyrot. — *5e de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) (*1re Série*) : MM. Duplay, Tarnier, Brun; — (*2e Série*) : MM. Le Fort, Panas, Campenon.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 16. — M. Roulland. Quelques faits de paralysie des nouveau-nés. — M. Guertin. De la pellagre symptomatique. — M. Maschat. Revue critique sur le traitement chirurgical de quelques manifestions externes de la tuberculose. — M. Danjou. Contribution à l'étude clinique des ostéo-arthropathies déformantes dans la syphilis héréditaire. — M. Lenhard. L'oreille moyenne du nouveau-né.

Enseignement médical libre.

Clinique chirurgicale. — M. le Dr TILLAUX, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 14 novembre, à l'Hôtel-Dieu, et les continuera les mercredis et lundis suivants.

Cours de clinique chirurgicale infantile. — M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 24 novembre, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Cours sur les maladies des yeux.—M. le Dr GALEZOWSKI a commencé ce cours mardi soir 8 novembre 1887, à 8 heures du soir, à l'Ecole Pratique de la Faculté, à l'Amphithéâtre no 2 : il le continuera les jeudis et les mardis suivants. Ce cours comprendra : 1o Le diagnostic des maladies externes et internes des yeux; 2o La pathogénie des affections oculaires, sympathiques, réflexes et constitutionnelles; 3o Les relations qui existent entre les maladies des yeux, les maladies du cerveau, de la moelle épiniaire et du cœur. Demonstrations ophthalmoscopiques après chaque leçon.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr H. PICARD commencera son cours sur les *maladies de l'appareil urinaire* le lundi 14 novembre à 6 heures, Amphithéâtre no 1 de l'Ecole pratique et le continuera les vendredi et lundi suivants à la même heure.

Cours d'accouchements. — M. le Dr FOURNEL fait un cours d'accouchements complet en 40 leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepte le jeudi, à 8 heures. Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales. Un nouveau cours commencera le lundi 14 novembre. S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au Dr Fournel, rue de la Michodière, 20.

Cours d'accouchements. — M. le Dr OLLIVIER, ancien interne de la Maternité, commencera le lundi 21 novembre, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, Amphithéâtre no 2, un cours *particulier* d'accouchements et le continuera les mercredi et vendredi suivants. Les élèves seront exercés au toucher et aux manœuvres. S'adresser, pour s'inscrire, à l'Ecole pratique, au garçon des cours libres.

Cours de gynécologie. — M. le Dr DOLÉRIS commencera un cours public de gynécologie, le mercredi 16 novembre, à 3 h. 1/2, et le continuera les mercredi et samedi suivants à la même heure, 12, rue de Navarre.

Cours de gynécologie. — M. le Dr VERRIER commencera ce cours public et gratuit le jeudi 17 novembre, à 5 heures, à l'Amphithéâtre no 1 de l'Ecole pratique. Il le continuera tous les jeudis à la même heure. Mmes les sages-femmes seront admises à ce cours. (*De la métrite chronique et de son traitement*).

Maladies de la peau. — M. le Dr Henri ROUSSEL fait une conférence clinique sur les maladies de la peau, tous les vendredis, à 4 heures, 62, rue Tiquetonne. — Examen des malades les lundis et vendredis de 2 à 5 heures.

NÉCROLOGIE.

M. Th. REEB.

On annonce la mort de M. le docteur Théophile Reeb, médecin principal de 1re classe, en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé à Neuilly-sur-Seine à l'âge de 63 ans, le 5 novembre. M. Reeb dirigeait à la fin de sa carrière l'hopital militaire de Vincennes où il fut envoyé en récompense de ses glorieux services pendant la guerre de 1870.

Médecin instruit et chirurgien de premier ordre, homme modeste, chef aussi doux que ferme et loyal, il avait été médecin en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg pendant le siège. Il sut alors, dans ces moments difficiles, réunir autour de lui les jeunes chirurgiens militaires de la place, leur inculquant par son exemple, cette énergie silencieuse et implacable qui conduit à l'accomplissement du devoir, quelque soit le sacrifice à fournir. Il n'est pas inutile de rappeler qu'à cette époque l'Ecole du service de santé militaire avait été licenciée sans souci du lendemain.

Après le siège, Reeb accompagna ses blessés jusqu'en Suisse;

de là il rejoignit, avec le personnel enseignant de l'Ecole, les débris de l'armée de la Loire. Il ressentit dans ces froides journées de décembre les premières atteintes du mal auquel il devait succomber et sacrifier sa carrière.

Reeb était de Phalsbourg, cette petite ville qui a fourni à l'armée tant de soldats illustres. La perte de son pays natal fut pour lui un chagrin inoubliable; si la mort pouvait être douce au médecin dont la tâche était accomplie, elle laissait une angoisse profonde au patriote exilé. F. P.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 30 octobre 1887 au samedi 5 novemb. 1887, les naissances ont été au nombre de 1067, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 382 ; illégitimes, 187. Total, 519. — *Sexe féminin* : légitimes, 397 ; illégitimes, 151. Total, 548

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 octobre 1887 au samedi 5 novemb. 1887, les décès ont été au nombre de 929, savoir : 481 hommes et 448 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 8, F. 8. T. 16. — Variole : M. 2, F. 3, T. 5. — Rougeole : M. 8, F. 2. T. 10. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 3, F. 3. T. 6. — Diphthérie, Croup : M. 3 F. 11, T. 14. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 111, F. 78. T. 189. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 7. T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 34. T. 47. — Méningite simple : M. 13, F. 11. T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 13. T. 37. — Paralysie : M. 1, F. 2 T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 8. T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 27. T. 47. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 9 T. 18. — Bronchite chronique : M. 24, F. 20. T. 44. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 13. T. 23 — Pneumonie M. 29, F. 31. T. 60. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 13. T. 29. — Gastro-entérite, sein : M. 14, F. 9. T. 23. — Autres gastro-entérite : M. 3, F. 6. T. 9. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6. T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 8, F. 15, T. 23. — Sénilité : M. 11, F. 22. T 33. — Suicides : M. 12, F. 3 T. 15. — Autres morts violentes . M 10, F. 1. T. 11. — Autres causes de mort : M. 103 F. 79. T. 182 — Causes restées inconnues : M. 5 F. 4. T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 11. Total : 37. - *Sexe féminin* : légitimes, 28, illégitimes, 10. Total : 38.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours libres* (autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1887-88 par le conseil général des Facultés, le 23 juillet 1887)

M. Auvard : La grossesse, l'accouchement, les suites de couches. M Barette : Pathologie chirurgicale ; mercredi et vendredi, à 6 heures, amphithéâtre n° 2, à partir du mercredi 16 novembre. — M. Cuignet : Leçons théoriques et pratiques sur le choix des lunettes ; mardi et samedi, à 4 heures, amph. n° 1, à partir du mardi 15 novembre. — M. Crouzat : Manœuvres et opérations obstétricales ; mardi et samedi, à 4 heures, amph. n° 2, à partir du mardi 6 décembre. — M. Dubuc : Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire ; maladies de l'urèthre, de la prostate, de la vessie ; mardi et jeudi, à 5 heures, amph. n° 2, à partir du mardi 15 novembre. — M. Desnos : Affections chirurgicales de l'urèthre et de la prostate ; lundi et vendredi à 5 heures, amph. n° 1, à partir du vendredi 11 novembre. — M. Duchastelet : Opérations qui se pratiquent sur l'appareil génito-urinaire ; mardi et jeudi, à 8 heures, amph. n° 1, à partir du mardi 22 novembre. — M. Durand-Fardel : Eaux minérales et leur emploi dans les maladies chroniques ; mardi, jeudi et samedi, à 5 heures, amph. n° 3. — M. Galezowski : Diagnostic des maladies externes et internes des yeux. Affections oculaires sympathiques reflexes et constitutionnelles ; les relations qui existent entre les maladies des yeux et le cerveau, la moelle épinière et le cerveau ; mardi et jeudi, à 8 heures, amph. n° 2, à partir du mardi 8 novembre. — M. Gillet de Grandmont : Médecine opératoire oculaire. Exercices pratiques (les élèves seront exercés aux opérations) ; lundi et vendredi, à 8 heures, amph. n° 3, à partir du lundi 14 novembre. — M. Hamonic : De la syphilis tardive, lundi et vendredi, à 8 heures, amph. n° 1, à partir du lundi 21 novembre. — M. Michaux : Cours complet de pathologie externe ; lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures, amph. n° 3, à partir du lundi 21 novembre. — M. Olivier : Cours complet d'accouchements ; lundi, mercredi et vendredi, à 3 h. 1/2, amph. n° 2, à partir du lundi 21 novembre. — M. Picque : Maladies des membranes extérieures et des annexes de l'œil : jeudi, à 8 heures, amph. n° 3, à partir du jeudi 8 décembre. — M. Ricard : Cours complet de pathologie externe ; mardi, jeudi et samedi, à 4 heures, amph. n° 3, à partir du 22 novembre. — M. Suchard : Les principes de l'hydrothérapie et notions élémentaires sur les eaux minérales ; mercredi et vendredi, amph. n° 3, à partir du mercredi 4 janvier. — M. Verrier : Gynécologie médicale ; métrite chronique ; examen critique de ses divers traitements. Des déviations ; jeudi, à 5 heures, amph. n° 1, à partir du jeudi 17 novembre. — M. Villar : Affections chirurgicales du membre inférieur ; lundi et vendredi, à 5 heures, amph. n° 2, à partir du vendredi 2 décembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Commission des prix pour l'année scolaire* 1887-1888. *Prix Barbier* : M. Panas, Président. MM. Duplay, Tarnier, Lannelongue, Gariel, (MM. Regnauld, Le Fort, suppléants). — *Prix Chateuvillard* : M. Ball, Président. MM. Guyon, Laboulbène, Dieulafoy, Ch. Richet (MM. Fournier, Bouchard, suppléants). — *Prix Corvisart* : M. G. Sée, Président. MM. Potain, Jaccoud, Peter, Damaschino (MM. Charcot, Lannelongue, suppléants). — *Prix Jeunesse* : Hygiène : M. Brouardel, Président. MM. Damaschino, Tarnier, Gautier, Proust (MM. Hayem, Dieulafoy, suppléants). — *Prix Jeunesse* : Histologie : M. Charcot, Président. MM. Hayem, Cornil, Grancher, Mathias Duval (MM. Damaschino Proust, suppléants). *Prix des thèses* : M. G. Sée, Président, MM. Trélat, Le Fort, Peter, Ball, Laboulbène, Tarnier, Mathias Duval, Dieulafoy (MM. Cornil, Gariel, suppléants). — M. CARRON DE LA CARRIÈRE, docteur en médecine, est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale à ladite Faculté, à l'hôpital Necker, en remplacement de M. Martinet, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. POINCARÉ, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur au laboratoire d'enseignement de la physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Godard.

FACULTÉ DES SCIENCES. — Sont maintenus, pour un an, à dater du 1er novembre 1887, dans la jouissance de la bourse d'études qui leur a été précédemment accordée près les Facultés des sciences ci-après désignées : *Faculté de Paris* : MM. Dubrin, licencié ès sciences ; Ouvrard, licencié ès sciences ; Chevrel, licencié ès sciences ; — *Faculté de Bordeaux* : M. Peytoureau, licencié ès sciences ; — *Faculté de Toulouse* : MM. Montageraud, étudiant ; Laloille, étudiant.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — M. PELTIER, secrétaire de la Faculté des lettres de Lille, est nommé, en outre, secrétaire de la Faculté des sciences de cette ville.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. DELPLANQUE, docteur en médecine, du 1er janvier au 31 décembre 1888, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Faculté. — M. FOCKEN est maintenu pendant le même exercice dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle. — Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira le 21 novembre 1887, à ladite Faculté, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques : MM. Carpentier (C.-A.) et Curtis (C.-F.). — M. DOUMER, agrégé près ladite Faculté, est chargé, pour l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Les professeurs titulaires, les chargés de cours et suppléants pourvus du grade de docteur ou de pharmacien de première classe de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, sont convoqués le 20 novembre 1887, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Toulouse.

ECOLE DES SCIENCES DE NANTES. — M. ADAM, professeur de physique au lycée de Nantes, est nommé en outre professeur de chimie à ladite école, en remplacement de M. Gosset, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — M. Charrier, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* Voici les questions données récemment : Artère fémorale ; — Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; — Articulation tibio-tarsienne.

LES HÔPITAUX MARITIMES EN FRANCE POUR LE TRAITEMENT DE LA SCROFULE ET DE LA TUBERCULOSE. — Une société vient de se constituer dans le but de fonder des hôpitaux de cette sorte. La réunion a eu lieu sous la présidence de M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. Les statuts ont été arrêtés, et une demande d'autorisation administrative adressée à M. le ministre de l'intérieur. Le premier conseil d'administration est composé, entre autres personnes, de MM. Armaingaud, de Bordeaux ; Bergeron, (Académie de médecine) ; Cazin, médecin-chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer ; Decroix président de la Société

protectrice des animaux; Charles Herscher, ingénieur; Leroux; A.-J. Martin; Charles Monod, chirurgien des hôpitaux; H.-Ch. Monod, directeur de l'Assistance publique en France; Napias, inspecteur général des services administratifs; Pallu, inspecteur dés Enfants assistés de la Loire-Inférieure; Payelle, chef de bureau des services de l'enfance au ministère de l'intérieur; Emile Trélat, directeur de l'Ecole spéciale d'architecture; U. Trélat (Académie de médecine); Rochard, ancien inspecteur général des services sanitaires de la marine; Suchard; Verneuil.

A l'exception de trois ou quatre personnes, tous les membres du conseil assistaient à la première réunion; ils ont pris part à l'élaboration des statuts. En attendant la convocation de la première assemblée générale, à laquelle seront convoqués tous ceux qui deviendront membres de la Société, le bureau a été constitué de la manière suivante : Président : Bergeron; Vice-présidents : Henri-Ch. Monod et Rochard ; Secrétaire: Dr Leroux et Payelle; Trésorier : Balliman, 74, rue de Rivoli.

Asile de convalescence de Vincennes. — Pour compléter les renseignements que nous avons donnés au sujet des internes dans le numéro des Etudiants, nous devons ajouter que leur traitement de 1.500 fr. la première année, 1.600 la seconde et 1.700 la troisième. Ils ont le déjeuner le jour où ils ne sont pas de garde, moyennant une retenue de 20 fr. 25 par mois. Ils ne sont pas logés depuis plusieurs années, en vertu d'une mesure regrettable de l'Administration.

Epidémie de trichinose. — On signale une épidémie de trichinose à Hambourg.

Erratum. — Dans le dernier numéro (Numéro des Etudiants), une erreur typographique nous a fait dénaturer le nom de M. le Dr Hermet (hôpital des Enfants-Malades, page 357). Au lieu de « Huniez » c'est « Hermet » qu'il faut lire.

Hypnotisme. *Condamnation d'un hypnotiseur.* Le tribunal correctionnel de Carlsruhe a jugé ces jours derniers un hypnotiseur qui avait endormi un jeune homme de dix-neuf ans. Le tribunal a vu dans ce fait une atteinte individuelle et un cas de blessures corporelles par négligence.

Nouveaux journaux. — Nous recevons les premiers numéros d'un nouveau journal qui se publie à Constantinople, à la fois en français et en turc. Il est intitulé : *Gazette des Hôpitaux civils et militaires de l'empire ottoman.* Nous souhaitons le meilleur succès à cette nouvelle publication.

Un bon exemple a suivre.—M. le professeur Quain (de Londres), qui vient de mourir, a laissé presque toute sa fortune, environ 2 millions, au collège de l'Université de Londres.

Nécrologie. — M. Henri Léger, docteur en médecine, interne-lauréat des hôpitaux de Paris ; professeur suppléant à l'école de médecine et de pharmacie, d'Amiens ; chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; ancien président et membre de la société médicale de la Somme ; médecin de la Compagnie du chemin de fer du Nord, mort à 37 ans, le 4 novembre 1887. — M. Jules-Auguste Rathier, docteur en médecine, ancien maire de Chablis, ancien conseiller général de l'Yonne, ancien représentant du peuple à l'Assemblée nationale, membre du Conseil supérieur de l'agriculture, député de l'Yonne, décédé à Chablis (Yonne), le 1er octobre 1887, dans sa 60e année. — M. le Dr Bassereau (de Paris), ancien interne des hôpitaux de Paris; on lui doit, entr'autres ouvrages, un *traité des affections de la peau symptomatiques de la siphilis.* — M. Riembault (de St-Etienne, correspondant de l'Académie de médecine. — M. le Dr Spencer Fullerton Baird, directeur du Musée National à Washington, secrétaire de la Smithosonian Association. — M. le Dr Duval (dGenève). — M. le Dr Clark, professeur à l'université de New-York. — M. le Dr Laprevotte.

Librairie LEFRANÇOIS, 9, rue Casimir Delavigne

Pour paraître très prochainement :

Farabeuf. — Manuel d'histologie avec 350 figures.

— Anatomie descriptive, ostéologie, myologie.

Follin et Duplay. Tome VIIe, fasc. 1e et dernier (Masson, édit.).

Par erreur : Il a été annoncé dans le dernier numéro, chez M. Lefrançois : Sappey. Anatomie, 4e Ed. 1888 ; c'est 1878-80 qu'il faut lire (E. Lecrosnier, éditeur). — Beaunis. Physiologie ; c'est 2e Ed. 1880 (Baillière, éditeur) qu'il faut lire.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux :* M. le professeur Charcot. — Les leçons du mardi ont commencé le 18 octobre ; celles du vendredi commenceront le 18 novembre.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Le Dentu fera sa prochaine leçon le mercredi 16 novembre, à 9 heures 1/2. Il traitera sur les *accidents et les complications des hémorrhoïdes.* (Indications thérapeutiques ; procédés opératoires).

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales* le dimanche 13 novembre, à 9 heures 1/2 du matin et les continuera les dimanche et mercredi suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Après des considérations générales sur les diverses formes de la *folie,* les leçons porteront plus particulièrement cette année sur l'*alcoolisme* et la *paralysie générale.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Azam. — Le caractère dans la santé et dans la maladie, avec une préface de M. Th. Ribot.

Erlenmayer (A.). — Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. Volume in-8 de 463 pages, avec figures. — Berlin, 1887. — Librairie Heuser.

Massalongo (R.). — Di una doppia epidemia di morbillo ed ipertosse. Brochure in-8 de 10 pages. — Verona, 1887. — *Reforma medica.*

Massalongo (R.). — E. F. A. Vulpian e le sue opere. Brochure in-8 de 7 pages. — Milan, 1887. — F. Vallardi.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Bécour. — Anévrisme traumatique jugulo-carotidien. Brochur in-8° de 7 pages. — Prix : 50 c.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Lissonde (L.). Des convulsions chez les jeunes enfants (Eclampsie infantile). De leurs causes et de leur traitement (Emploi du chloroforme). Brochure in-8 de 61 pages.

Librairie K. NILSSON et Co, 212, rue de Rivoli.

Smirnoff (G). — Développement de la méthode de Scarenzio. Volume in-8 de 147 pages.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

Caravias (C.) Recherches expérimentales et cliniques sur l'antipyrine. Volume in-8° de 122 pages. Prix : 4 fr.

Intubation of larynx papers read before the New-York Academy of medicine, ninth stated meeting of June 2, 1887 by Jacoby, J. O'Divyer, F. Huber, Dillon Brown, W. P. Northrup, S. H. Hance, and A. Caillé. Brochure in-8 de 68 pages. — New-York, 1887. — Trow's printing and Bookbinding Co.

Henschen (S.-E.) Arsberättelse (No 4) från Akademiska Sjukhuset Supsala för år 1886. Brochure in-8 de 40 pages, avec 4 planches hors texte. — Upsala, 1887. — Berlings Boktryckeri.

Kowalewsky (P.-S.). — Ueber Perversion des Gelschlechissinnes bei Epileptikern. Brochure in-8 de 8 pages. — Wien, 1887. — Hofbuchdruckerel.

Laschkewitsch. — Die Rolle der Convexität des Brusttheils der Wirbelsäule in der Actiologie des Lungen-Emphysems. Brochure in-8 de 6 pages. — Wien, 1887. — *Allgem. Wr. Mediz. Zeitung.*

Rochelt (E.). — Zur operativen Behandlung. Brochure in-8 de 12 pages. — Wien, 1887. — *Wienes Medizinischen Presse.*

Schiffers. — Du traitement du catarrhe du sinus maxillaire. Brochure in-8 de 8 pages. — Liège, 1887. — Imprimerie Bellier et Cie.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 47. BURBAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 NOVEMBRE 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr **LE DENTU**.

De l'inversion systématique de l'utérus pour faciliter l'extirpation des fibro-myômes très volumineux :

Leçon recueillie par E. REGNAULD, interne du service.

Au mois de juillet dernier, j'eus l'occasion d'examiner à ma consultation dans la salle une femme âgée de 56 ans, mais paraissant très fatiguée, portant des cheveux blancs, et ayant les traits tirés et amaigris. Cette femme se plaignait de pertes abondantes, survenues depuis environ six mois. Pour elle, antérieurement à cette époque, sa santé n'avait éprouvé aucun trouble et c'est là un point qui vous paraîtra tout au moins singulier, quand nous serons plus avant dans l'étude de l'affection qui causait ces métrorrhagies. Au toucher, je constatai une masse volumineuse, occupant presque tout le vagin et dans laquelle il était absolument impossible de trouver trace du col utérin. Cette absence du col me fit songer à une autre malade que j'avais vue il y a environ 6 ans et chez laquelle je sentais dans le vagin une tumeur mollasse, présentant une surface légèrement arrondie, un bord convexe, presque circulaire. Je songeai tout d'abord à une inversion utérine, quand un matin mon interne M. Auvard put faire pénétrer dans l'orifice un hystéromètre. Le cathétérisme pratiqué indiqua une cavité utérine profonde de 10-12 centimètres. Fixé par cette exploration sur la nature de la tumeur, je portai le diagnostic: dégénérescence myxomateuse totale du col utérin. J'en fis l'ablation avec le couteau galvanique, et l'examen microscopique confirma entièrement ma manière de voir, car il fut établi que la tumeur était entièrement constituée par un myome utérin.

Dans le cas dont je vous entretiens aujourd'hui, ma première pensée fut que j'étais peut être en présence d'un 2e cas de cette forme rare de myome, et j'engageai fortement la malade à entrer dans ma salle. Mais elle ne se laissa pas convaincre et se refusa à son admission. Au mois d'octobre elle revint me trouver, mais son état avait bien empiré. Sous l'influence de pertes incessantes, elle s'était épuisée, anémiée, et était dans un état de fièvre continue. Tous les soirs sa température montait à 39°,5. En un mot, elle faisait de la septicémie; les produits septiques excrétés par son vagin et son utérus au contact de la tumeur, l'empoisonnaient d'une façon continue. Je la soumis à un traitement reconstituant par le fer et le sulfate de quinine, en même temps que par des lavages antiseptiques répétés plusieurs fois par jour avec une solution chaude de sublimé, je m'efforçais d'arrêter l'action septique produite par les portions de tumeur, qui la gangrénaient dans la cavité vaginale.

Sous l'influence de ce traitement, la fièvre tomba, et, au bout d'une dizaine de jours, craignant de dépasser le moment opportun d'une opération chez cette femme, que les pertes incessantes affaiblissaient de plus en plus, je me décidai à intervenir, bien que je n'eusse pu faire de diagnostic certain.

Deux hypothèses se présentaient à mon esprit. Avais-je affaire à une dégénérescence en masse du col ? mais je ne pouvais m'arrêter à cette idée, puisque, comme je l'ai déjà dit plus haut, je ne trouvais pas le col et ne pouvais pénétrer dans la cavité utérine avec l'hystéromètre. Etait-ce un gros polype fibreux qui occupait une partie du corps et était descendu dans la cavité vaginale? Malgré l'absence de douleurs expulsives signalées par la malade, il était bien probable que j'avais affaire à cette variété d'affection. Seulement le palper hypogastrique me révélait dans la cavité abdominale une tumeur dure, remontant à peu de distance de l'ombilic et présentant à sa partie supérieure droite une masse dure, résistante, preuve certaine qu'il existait dans l'utérus d'autres corps fibreux. J'avais donc affaire à des corps fibreux multiples, et j'ignorais le point d'implantation et l'étendue du pédicule du fibrome, faisant saillie dans la cavité vaginale. Je m'étais pourtant décidé à intervenir, car je pouvais avoir la chance de tomber sur un pédicule étroit ; dans ces conditions, l'extirpation se présentant sans grande difficulté, j'espérais sauver cette malade, condamnée à une mort rapide, si on l'abandonnait à elle-même.

La malade une fois endormie, je pus avec le doigt pénétrer entre la masse et les parois du vagin et de l'utérus sans rencontrer trace du col qui était complètement effacé.

Après quelques tentatives de morcellement suivant la méthode de Chassaignac, je pus introduire ma main toute entière entre la tumeur et les parois de la cavité que je trouvai souples et n'ayant pas de tendance à se déchirer.

N'ayant obtenu aucun abaissement du myome après des sections transversales, et n'ayant pu pratiquer de section conique pour le faire descendre, je cherchai à aller reconnaître avec la main le mode d'implantation du pédicule. Je trouvai celui-ci inséré au voisinage du fond sur une étendue peu considérable, et je pus même détruire une partie de ses adhérences avec le doigt. Mais il tenait encore par une bride fibreuse, très résistante et très dure. J'essayai par des applications de forceps successives et combinées avec des tentatives de morcellement de faire descendre le fibrome. Je n'y pus réussir. C'est alors que me vint l'idée de transformer en un procédé opératoire ce qui avait été considéré comme un accident, c'est-à-dire de déterminer systématiquement l'inversion utérine pour pouvoir sectionner le pédicule et terminer l'accouchement du fibrome. Cette inversion s'effectua assez facilement, et je pus sectionner avec des ciseaux le pédicule. Je plaçai deux ligatures sur la surface de la section, je fis un lavage avec la solution phéniquée, de la muqueuse utérine et réduisis très facilement l'utérus. Pour plus de sécurité je tamponnai la cavité vaginale avec des bourdonnets d'ouate iodoformée.

Malheureusement cette opération laborieuse avait duré près de deux heures. La malade, épuisée avant l'intervention, avait perdu du sang au cours des manœuvres, et avait eu deux menaces de syncopes qui nous avaient obligés de suspendre le chloroforme.

Malgré tous les excitants, elle mourut dans l'après-midi par anémie et choc.

A L'AUTOPSIE nous ne trouvâmes pas de déchirures du péritoine ni du tissu utérin. Elle est donc morte du fait de ses hémorrhagies antérieures et de son épuisement qui ne lui ont pas permis de supporter le choc. Mais, chez une malade plus jeune, et dans un meilleur état général, nous aurions probablement obtenu un succès.

Voyons maintenant pourquoi des procédés, aussi recommandés que le morcellement, les applications de forceps ne nous ont pas donné ici le résultat espéré. — Le morcellement a été préconisé par Chassaignac, qui conseillait de pratiquer dans le tissu fibreux un segment conique ; par Simon, qui recommande les incisions transversales multiples, et par Hegar, qui lui, est partisan d'une incision spiroïde autour du corps fibreux et allant, s'il est possible, jusqu'à son centre. Tous ces auteurs admettent qu'ils facilitent ainsi l'allongement du corps fibreux et rendent son dégagement plus facile. Mais toutes ces méthodes exigent que le fibrôme puisse être abaissé, et dans notre cas cette manœuvre était presque impossible et ne me permettait pas d'employer avec fruit le morcellement. Le forceps ou des instruments analogues ont été employés par nombre de chirurgiens dans le cours de l'énucléation des fibro-myômes. — On a employé des pinces à cuillers fenêtrées. Frankenhausen recommande une sorte de céphalotribe. Martin se sert d'un instrument qu'on applique comme un forceps sur le fibrôme et dont on fait saillir les dents après l'application. Braun a utilisé pour broyer et réduire certains fibrômes un véritable cranioclaste. — Mais le forceps ne m'a pas rendu de grand service. Le fibrôme, par suite de sa grande longueur, venait butter de suite contre la vulve, et malgré des mouvements de torsion, de balancement, je n'ai pu l'abaisser suffisamment. — Ce n'est pas sans hésiter que j'ai eu recours à la méthode d'inversion que je savais avoir été employée une fois par Gosselin, et que moi-même j'avais déjà appliquée dans une circonstance analogue. — M. Vautrin, dans sa thèse d'agrégation de 1885, sur le traitement chirurgical des myômes utérins, nous apprend que le premier Hutchinson (*Medic. Times*, 1857, p. 169) l'employa et la recommanda ; Marion Sims et A. Martin ont inventé des pinces spéciales pour la pratiquer. GaillardThomas (*traité des maladies de femmes*) la préconise comme le plus sûr moyen d'éviter des accidents ; Schrœder nous dit que l'inversion utérine n'offre aucun inconvénient et qu'elle permet au contraire d'éviter la blessure de la paroi utérine, qui reprend spontanément sa forme primitive. Enfin Schrœder et Mikulicz y ont eu recours plusieurs fois. On ne pouvait avoir recours à une autre méthode opératoire, étant admis que *ne pas opérer cette femme*, c'était la vouer à une mort rapide et certaine.

Fallait-il, une fois l'opération engagée, nous arrêter et laisser cette opération incomplète? Mais Gusserow nous a fourni une statistique bien instructive sur ces opérations laissées incomplètes : sur 15 opérations non achevées, il compte 9 morts, et parmi ces morts il faut compter tous les cas de tumeur volumineuse. — Pouvions-nous par une autre opération obtenir un meilleur résultat ? Devions-nous recourir à la laparatomie ? à l'opération de Porro ? La laparatomie n'était pas possible ? Nous n'aurions pu faire de pédicule, étant donnée la présence de la tumeur.

L'opération de Porro n'a jamais été pratiquée en pareil cas ; voyons si elle eut été opportune. — Les conditions favorables à sa réussite seraient un point d'implantation peu étendu sur la surface du corps. Dans ces cas, il serait possible d'extirper la tumeur avec un segment d'utérus, de désinfecter celui-ci et de constituer un pédicule. — Quelles sont au contraire les chances défavorables. Outre l'âge avancé et l'épuisement de la malade, la septicité de la cavité utérine est très grave, puisque la moindre goutte de sang tombée de cette cavité dans le péritoine peut déterminer une péritonite suraiguë. — Une implantation large du fibrôme nécessiterait une section circulaire de l'utérus et donnerait lieu à une hémorrhagie, peut-être impossible à arrêter. Enfin, si on avait affaire à une implantation sur la surface antérieure du corps, on pourrait se trouver en face de difficultés opératoires, impossibles à surmonter. — Admettant que nous tombions sur un cas favorable et que nous puissions employer la méthode de Perro, Godson nous montre dans sa statistique que la mortalité est de 77 pour 139—et qu'en tête des causes de mort se trouvent la péritonite septique 24 fois, la septicémie 9 fois, la péritonite 47 fois et le choc 16 fois. — Ce résultat est peu encourageant. — Si nous lui comparons ces résultats à ceux que les statistiques d'Hutchinson et Gusserow nous donnent pour les opérations d'énucléation, nous trouvons :

Dans la statistique d'Hutchinson — sur 24 cas — 1/3 de mort.
Dans la statistique de Gusserow — sur 154 cas — 51 morts.

Nous sommes donc en droit de conclure que l'extirpation par les voies naturelles donne des résultats bien supérieurs à ceux de l'opération de Porro, faite dans des cas réputés favorables — et nous pouvons nous demander quelles chances de succès nous aurions eues en faisant cette opération dans toutes les circonstances défavorables qu'entraine une tumeur analogue à celle que nous opérions ?

Je conclurai donc en disant que dans les grosses tumeurs procidentes, il faut donner le choix aux voies naturelles et combiner, quand il le faut, le morcellement de la tumeur, les applications de forceps et enfin l'inversion utérine, si elle est praticable.

REVUE CRITIQUE

L'hystérie en Allemagne.

Il nous a paru intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs les pièces d'un procès assez curieux, actuellement ouvert en Allemagne ; ce procès est celui de l'*hystérie*. On sait qu'un certain nombre de médecins allemands, et cela se voit de reste à leurs diagnostics, se refusent absolument à admettre que l'hystérie soit une maladie véritable, ayant, comme toute autre maladie, nerveuse ou non, son histoire naturelle, ses lois, sa symptomatologie régulière. A les en croire, ce serait là une sorte de *noli me tangere* dont tout nosographe un peu sérieux devrait soigneusement éviter le contact. Un autre sentiment semble se joindre encore à cet accès de pudeur scientifique, un orgueil de race, curieux à enregistrer : « Vous, les Latins, » semble-t-on dire, « que vous soyez hystériques, archi-hystériques, passe encore, cela ne nous étonne guère ; mais nous, Germains, nous ignorons ce qu'est l'hystérie, on ne la rencontre pas chez nous, ou si on la rencontre elle n'est pas pareille à la vôtre. » — Et s'entendre dire cela par les Sémites, ces prédisposés par excellence, qui pullulent dans les Universités allemandes !! — C'est là un fait au moins fort digne d'être noté.

D'autre part, il convient de le reconnaître, nombre de médecins, mieux instruits, et certainement d'un esprit plus libre, ne font nulle difficulté de déclarer que l'hystérie et même l'hystéro-épilepsie ou hystérie grave existe en Allemagne comme ailleurs, et que, ainsi que cela pouvait être prévu, elle ne s'y présente pas avec un aspect essentiellement différent de celui qu'elle revêt en France.

Nos lecteurs trouveront l'une et l'autre opinion exposées dans les documents ci-joints. Le premier comprend les fragments les plus intéressants d'une analyse faite par M. le Dr Laquer, des « *Nouvelles Leçons sur les Maladies du Système nerveux,* » de M. le professeur Charcot, publiées en Allemand par M. le Dr Freud. (*Neurolog. Centralbl.*, 1887, n° 18). Le second est une réponse faite à l'analyse précédente par M. le professeur Strümpell. (*Neurolog. Centrbl.*, 1887, n° 20.)

Analyse de M. le Dr Laquer :

« Il y eut un temps où tous les neurologistes de la terre habitée s'inclinaient pleins de vénération devant l'image de *Charcot* le « maître clinicien, » comme l'appelle aussi, plein d'admiration, le traducteur des « *Nouvelles leçons* » ; un temps où nul n'osait se dire un neurologiste avant que le savant français ne lui eût en personne serré la main dans les salles de la Salpêtrière. Aujourd'hui encore l'idée ne viendra à personne de mettre en doute l'importance de *Charcot*. — Chacun se rend compte de la façon dont l'attention fut éveillée lors de la publication des ouvrages de *Charcot* « sur *la localisation dans les maladies du cerveau* et sur *les maladies du système nerveux*; aujourd'hui encore le clinicien français est pour nous le pionnier dans le champ de la neuropathologie. Mais la direction que *Charcot* a suivie dans ces dernières années et les résultats de ses études *récentes* sont-ils faits pour exciter la même admiration sans partage? Laissons cela indécis et soumis au jugement d'autorités ayant plus d'expérience et d'années. — L'Ecole neurologique, qui a pris naissance en Allemagne, que *Romberg* avait déjà inaugurée et qui a trouvé de si vaillants champions en *Westphal, Kussmaul, Erb, Eulenburg, Benedikt, Berger*, etc , s'écarte, en tout cas, très nettement, du chemin que *Charcot* et ses élèves paraissent avoir pris récemment.

. . . .

Plus d'un lecteur du livre traduit avec grand soin par Freud ne laissera pas d'éprouver une certaine surprise : La façon ingénieuse dont *Charcot* traite les sujets dont il s'occupe est restée la même, — l'observation clinique précise qui le distingue se retrouve à chaque page de cet ouvrage, — mais justement les chapitres les plus importants, ceux sur l'hystérie, plus peut-être que les autres parties de ces *Nouvelles Leçons*, que nous examinerons plus loin en détail, trahissent une certaine monotonie, une certaine prolixité auxquelles nous ne sommes pas habitués de la part de *Charcot* et qui peut-être ont leur cause dans la façon dont la publication de ces leçons a été faite.

L'ouvrage se compose, en effet, pour la plus grande partie, d'une collection de leçons cliniques placées sans ordre à côté les unes des autres, que les élèves ou assistants de *Charcot* (d'après les sténogrammes) avaient déjà publiées dans le *Progrès médical* au cours des années dernières (1). Ainsi s'est formée une collection peu systématique de publications consistant surtout en observations unies à des présentations de malades et auxquelles venaient se joindre d'assez longues réflexions. — Cela n'éveille pas ce sentiment de satisfaction que faisaient naître les livres de jadis, de *Charcot*. — Les différents chapitres manquent d'une connexion intime. Il aurait peut-être été préférable de donner seulement, dans ce livre, les observations des affections hystériques, et cela d'après certains points de vue unitaires qu'il était facile d'établir, en tenant compte de la nature des documents employés et des différentes théories nouvelles de *Charcot* et de ses élèves.

A cela vient encore se joindre ce fait que cette maladie, à laquelle une très grande place a été accordée, l'*hystérie masculine* se rencontre très rarement en Allemagne, et que même l'apparition de l'hystérie féminine telle qu'elle nous a été décrite des centaines de fois déjà à la Salpêtrière, avec la production artificielle des accès, avec l'évolution régulière de chaque attaque, paraîtra toujours bien singulière et bien inexplicable à tout médecin *allemand* qui n'aura pas assisté en personne aux démonstrations de Charcot dans son service : « Das Unzulängliche Hier wird's Ereigniss » (1) ! Ces paroles du chœur mystique dans le *Faust* de Gœthe pourraient, à cet égard, vraiment servir de devise flamboyante sur la porte d'entrée de la Salpêtrière.

Mais ces réflexions ne doivent pas diminuer la haute valeur du livre de *Charcot*, ni amoindrir le travail et la peine extraordinaire que s'est donné le traducteur. Nous devons de grands remerciements à Freud, car malgré tout on trouve dans ce livre tant de communications remarquables que nous le reprendrons toujours volontiers pour y chercher conseil et instruction sur les questions de diagnostic souvent si difficiles surtout dans le domaine des maladies nerveuses fonctionnelles.

. . . .

Très dignes de remarque sont les assertions de *Charcot* (pages 202-207) sur le rôle des accidents, particulièrement des rencontres de chemins de fer, dans la production de l'hystérie mâle. Ne faudrait-il pas aussi en Allemagne compter à bon droit comme hystériques beaucoup de maladies nerveuses qui sont considérées par les experts près des tribunaux simplement comme « simulation », et attribuer ainsi avec *Charcot* au « shock psychique » une plus grande importance ? — C'est là une question qui s'est vraisemblablement présentée à tous ceux qui n'ont pas voulu décider à la légère s'il s'agissait de simulation ou de maladie véritable »..... Suit l'analyse de différents chapitres du livre de M. Charcot.

Voici maintenant la réponse adressée par M. le Pr Strümpell à l'analyse ci-dessus :

« Dans le compte rendu de M. le Dr Laquer sur les « Nouvelles leçons » de Charcot (voir le n° 18 de ce recueil) se trouvent quelques phrases que je regretterais vivement de voir considérer par nos confrères français, en particulier, comme l'expression d'une opinion générale en Allemagne. Aussi est-ce pour cela que je regarde comme un devoir de ne pas laisser tout à fait sans réponse les développements de M. le Dr Laquer.

Tout d'abord je regrette vivement que M. le Dr L..., au commencement de son compte rendu, oppose d'une façon évidemment ironique le « maître clinicien » *français* à l'école neurologique qui a pris naissance en *Allemagne*. Justement aujourd'hui, à une époque où au point de vue politique l'antagonisme des deux nations est si tendu, il nous semble doublement nécessaire de ne pas faire intervenir encore et toujours les distinctions de nationalités dans le domaine des pures recherches scientifiques, car celui-ci doit rester au-dessus de semblables disputes. D'ailleurs, en pareil cas, le mauvais vouloir dans l'appréciation de la grandeur d'autrui parait trop aisément un signe d'envie et de faiblesse.

Lorsque M. le Dr L..., dit plus loin que la neurologie allemande « s'écarte en tout cas très nettement du chemin que Charcot et ses élèves paraissent avoir pris récemment », c'est là, heureusement, à mon avis, une assertion tout à fait fausse. Pour moi, du moins, je ne veux que souhaiter à tous les jeunes neurologistes allemands qui pourront avoir ce bonheur de faire seulement quelques pas de plus en avant sur le même chemin. M. le Dr L... a évidemment en vue dans la phrase ci-dessus les nouvelles recherches faites en France sur l'hystérie et les manifestations morbides analogues. Que sur ce sujet maints travaux aient vu le jour dans lesquels manque le sens critique nécessaire, on ne saurait le nier. Mais dans quelle branche de recherches et dans quel pays ne publie-t-on que des travaux

(1) M. le professeur Charcot a toujours eu l'habitude de rédiger ses leçons lui-même, et si l'on est curieux de connaître son style, on n'a qu'à lire ces leçons. A peu d'exceptions près, le travail de ses élèves a été de collationner et de corriger les épreuves. La publication définitive, en tous cas, n'est autorisée qu'après que les leçons ont été une dernière fois revisées, et très souvent retouchées par le maître.

(1) Faust. — Zweiter Theil. Chorus Mysticus.

irréprochables? Et justement les différents points de l'étude de l'hystérie que Charcot lui-même traite dans les leçons analysées par M. le Dr L... se trouvent tous sur le terrain solide des faits cliniques et ont, pour la plus grande partie et depuis longtemps, été reconnus exacts de tous côtés. Que dans le détail, de nombreuses modifications du type puissent se présenter, cela n'y change cependant rien.

Il est très regrettable que justement les grands progrès que Charcot a réalisés dans la connaissance de l'hystérie ne fassent pas encore suffisamment partie du fonds commun des médecins allemands. Alors, on verrait enfin disparaître cette fausse idée que les assertions de Charcot ne conviennent qu'à l'hystérie française, tandis qu'en Allemagne on n'observe rien d'analogue ou seulement d'une façon exceptionnelle. Les médecins allemands ne connaissent, en effet, malheureusement les formes graves de l'hystérie que beaucoup trop peu, ainsi qu'on peut bien souvent le constater comme médecin consultant. Un centre de réunion pour de nombreux malades, tel que la Salpêtrière à Paris, manque à la vérité en Allemagne. Mais cependant, la « grande hystérie », celle-là même que Charcot nous a appris à connaître n'est pas en Allemagne une rareté, et ici tout neurologiste ayant une certaine expérience sera immédiatement de mon avis.

M. le Dr L... n'a vraisemblablement encore eu que peu d'occasions d'observer les formes graves de l'hystérie. Autrement il ne pourrait pas dire que « l'on rencontre si rarement en Allemagne » l'*hystérie mâle* dont Charcot s'occupe avec détail dans ses leçons. L'hystérie de l'homme se montre chez nous exactement comme en France et vraisemblablement dans tous les autres pays.

Pour finir, encore une remarque à propos de la nouvelle ironie contenue dans la citation que fait M. le Dr L... à propos des recherches de Charcot sur l'hystérie : « Das Unzulängliche. — Hier wird's Ereigniss. » Qu'on ne puisse actuellement expliquer les manifestations hystériques, cela est certain. Mais cela vient de ce qu'elles appartiennent à un domaine tout autre que les symptômes des maladies nerveuses organiques ordinaires. Aussi longtemps que nous n'aurons sur la nature des processus psychiques en particulier, aucune idée nette, il nous sera interdit, cela va de soi, de pénétrer plus avant dans la connaissance des manifestations hystériques qui tombent complètement dans le domaine psychique ou psychophysique. De telle sorte que les manifestations hystériques ne sont pas plus inexplicables que le processus psychique le plus ordinaire. Nous nous habituons bien à des prodiges qui reviennent tous les jours et cessons de les considérer comme des prodiges, tandis que d'autres faits psychiques qu'on n'observe qu'à l'état isolé paraissent « très singuliers et inexplicables. »

Nous n'entrerons pas, pour le moment, dans des commentaires. C'est là, du reste, un sujet sur lequel nous aurons sans doute l'occasion de revenir très prochainement.

Folie. — Le député socialiste Kasenclever vient d'être atteint de folie et placé dans une maison de santé de Berlin.

Musée anatomique forain. — Le gouvernement prussien vient de décider qu'à partir de l'année 1888 il refuserait de délivrer la patente des professions ambulantes aux entrepreneurs de soi-disant musées anatomo-pathologiques, cabinets de figures de cire et autres établissements semblables. Sera interdite toute exhibition de reproductions de l'appareil de la génération chez l'homme, du travail de l'accouchement, de représentation de maladies sexuelles, de nudités excitantes, » et plus généralement de tout spectacle blessant le sentiment de la pudeur. Jusqu'au jour où ces dispositions deviendront obligatoires, c'est-à-dire jusqu'à la fin de cette année, les autorités locales de police devront veiller à ce que ces exhibitions n'aient lieu que dans les locaux exclusivement réservés aux hommes adultes. (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Bord.*)

Récompense. — L'académie nationale agricole, manufacturière et commerciale vient de décerner à M. Sauria (Ch.), médecin agronome à Saint-Lothain, une médaille pour sa découverte des allumettes chimiques en 1831.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours d'anatomie pathologique : M. le Pr Cornil.

Vendredi dernier, 11 novembre, à 5 heures, M. le professeur Cornil ouvrait son cours au grand amphithéâtre de la Faculté. Ce cours, tout en se conformant aux limites du programme, a toujours été rempli d'actualité ; c'est ainsi que lors du développement subit qu'a pris l'étude des microbes, avant que les traités spéciaux existassent, M. le Pr Cornil exposait, dans son cours du petit amphithéâtre, les résultats des derniers travaux et qu'un noyau fidèle composé surtout de spécialistes, d'internes, d'étudiants déjà avancés, allait entendre ces nouveautés si vite devenues classiques. Cette année, le professeur débute par l'étude de la *karyokinèse* et l'importance de la division indirecte des cellules dans les processus anatomo-pathologiques. Il est donc fidèle à sa manière de faire : exposer les résultats les plus récemment acquis ; et les applaudissements de son auditoire lui ont prouvé que cette manière était la bonne. D'abord une esquisse du rôle de la division indirecte dans les phénomènes inflammatoires : moelle des os, foie, rein, dans les néoplasmes : papillomes, épithéliomes, carcinomes alvéolaires. Les parties sont traitées avec la compétence et l'autorité spéciales à M. Cornil, dont les travaux récents sur ces différents points sont encore dans la mémoire de tous. Indépendamment des sujets traités, ce cours présente un vif intérêt au point de vue de la façon dont il est fait. C'est, en effet, de tous ceux de la Faculté, l'un de ceux qui se rapprochent le plus de la leçon de choses. Le professeur a vu ce dont il parle et il tente de le montrer. Tout converge vers ce but. Les hypothèses brillantes, les développements oratoires sont éliminés. La parole claire, simple du professeur fait de ce cours surtout une démonstration de pièces. Des préparations sont projetées. On les explique sur ces projections. (L'appareil avait de l'hésitation le premier jour ; mais lundi dernier tout marchait à souhait). Une grande quantité de pièces défilent ainsi. Les dessins projetés sont exécutés à la chambre claire et de la façon la plus simple possible, de sorte que les faits à démontrer sautent aux yeux. De plus, une fois par semaine, le mercredi, les élèves sont admis à l'Ecole pratique, à voir non plus les dessins, mais les préparations originales. Le contrôle est donc constant, le contact avec les faits immédiat, et le professeur peut toujours être suivi facilement par ses auditeurs, quelque difficulté qu'il expose. Nous devons dire cependant que l'élève zélé a beaucoup de peine à prendre des notes pendant les trente à quarante changements à vue et les disparitions successives du gaz qu'exigent les projections. Mais, en résumé, ce cours remplit aussi complètement que possible son but, celui de parler aux yeux. Le groupe d'élèves qui va suivre le maître pour apprendre de lui l'état exact de la science, est satisfait, et les jeunes n'y perdent pas non plus leur temps. En effet, ces démonstrations si claires leur resteront gravées dans l'esprit ; elles encourageront à aller voir les pièces anatomo-pathologiques elles-mêmes. On sait comment M. Cornil a pris à cœur cette seconde partie des devoirs de son professorat et quel temps il dépense à créer à Paris un Institut anatomo-pathologique qui puisse lutter avec ceux que l'on trouve ailleurs.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. A. Fournier.

M. le professeur Fournier a repris ses leçons vendredi 11 novembre devant un auditoire composé de médecins des hôpitaux, de ses anciens élèves et d'un grand nombre de médecins étrangers qu'attirent la renommée de l'hôpital

St-Louis et aussi les leçons du sympathique professeur. On connait du reste le talent d'exposition de M. Fournier; aussi n'est-on pas étonné de voir ses leçons assiduement suivies par un grand nombre d'étudiants qui veulent compléter leurs études médicales. Dans sa première leçon, le professeur a décrit à grands traits l'évolution de la syphilis; il a surtout insisté sur ce fait que la vérole ne se double pas. Dans toute sa carrière médicale, c'est-à-dire depuis 27 ans, il n'a jamais vu un chancre induré survenir chez une personne ayant déjà contracté la syphilis. Le professeur s'étend assez longuement sur le traitement. Quoique ceci soit une vérité de M. de La Palisse, il dit qu'il faut traiter la syphilis, mais on est obligé d'énoncer cette vérité, puisque des médecins ou au moins un chirurgien ont émis une opinion contraire. Le traitement de cette affection doit être le traitement d'une diathèse; c'est un traitement d'un ordre spécial, non au point de vue du médicament, mais comme méthode et durée de traitement. En principe, le traitement doit être une médication de longue haleine: à maladie chronique, il faut un traitement chronique. Au reste, on n'arrive à dompter les diathèses que de cette façon. La goutte ne se guérit pas avec quelques grammes de salicylate de soude ou avec quelques saisons passées à Carlsbad ou à Vichy. Est-ce avec quelques litres d'huile de foie de morue ou une saison à Berck ou sur des plages de la mer que l'on corrige le tempérament scrofuleux? Ne faut-il pas plusieurs années pour lutter fructueusement contre cette diathèse? Le tempérament syphilitique ne se corrige aussi qu'au prix d'une dépuration longuement entretenue. Au reste, le professeur consacrera une série de leçons au traitement de la syphilis, mais en attendant il passera en revue différents sujets, entre autres la fièvre syphilitique. Tel sera le sujet des cours du vendredi; le mardi, les leçons auront lieu au lit des malades.

Cours de physique médicale : M. le Pr Gariel.

Nous avons déjà fait plusieurs fois allusion au projet qui voudrait reporter dans les Facultés des sciences l'enseignement des sciences dites accessoires (physique, chimie et histoire naturelle médicales). Ce projet a naturellement ému les professeurs chargés de cet enseignement dans les Facultés de médecine : aussi, de plusieurs côtés, l'opposition s'est-elle manifestée d'une façon assez vive. A l'ouverture de son cours de physique, M. le professeur Gariel n'a pas manqué, lundi, d'apporter, lui aussi, de vigoureux éléments dans la discussion. Mais tout en protestant avec énergie contre l'idée du transfert des chaires de sciences accessoires, il n'en a pas moins montré que tout n'était pas actuellement pour le mieux dans le meilleur des mondes. Il a déclaré aux jeunes étudiants, arrivés depuis quelques jours sur les bancs de la Faculté, que leur instruction générale est loin d'être suffisante et que leur diplôme de bachelier ne signifie pas grand'chose. Les notions de physique, de chimie et d'histoire naturelle que comporte l'obtention de ce diplôme ne comptent guère, en effet, dès qu'il s'agit d'aborder l'étude des applications professionnelles. Aussi le professeur de l'Ecole de Médecine est-il obligé de reprendre un à un les éléments de ces sciences : aussi le professeur de physique, qui ne devrait avoir à enseigner que la physique biologique, est-il forcé de traiter les questions élémentaires de la physique générale. Les étudiants devraient donc posséder des connaissances plus sérieuses avant d'etre admis à prendre leur première inscription. D'autre part, pour être vraiment professionnel, l'enseignement de la physique ne devrait commencer qu'après l'étude de l'anatomie et de la physiologie et devrait être reporté à la deuxième ou à la troisième année d'Ecole. En résumé, M. Gariel paraît souhaiter que toute la partie théorique et générale de la physique soit enseignée en dehors de la Faculté : la partie professionnelle, celle qui ne doit être ignorée ni du physiologiste, ni du médecin, retrouverait alors vraiment sa place et son rang à l'Ecole de Médecine.

M. Gariel traitera, pendant ce semestre, de l'électricité et de l'optique. La leçon de lundi a été consacrée à l'étude du magnétisme. Les manipulations pratiques permettront aux élèves de première année de se familiariser avec le maniement des principaux instruments.

Clinique obstétricale de la Faculté. Nouvelle organisation de l'enseignement pratique des accouchements : M. Budin, agrégé, chargé du cours.

En prenant possession, à titre d'agrégé chargé du cours pour l'année 1887-1888, de la chaire de clinique obstétricale de la Faculté, M. Budin entreprend, sur la demande et avec le concours de M. le Doyen, de mettre à exécution d'importantes réformes dans l'enseignement pratique des accouchements. En présence d'un nombreux et sympathique auditoire, attiré par le souvenir des leçons théoriques professées à maintes reprises à la Faculté, et par le désir de profiter, grâce à l'abondance du matériel d'études, d'un mode d'instruction dont beaucoup ont déjà été à même d'apprécier les résultats fructueux à l'hôpital de la Charité, M. Budin consacre sa leçon d'ouverture à l'exposé de l'organisation nouvelle du service qui lui est momentanément confié. Nous avons jusqu'ici applaudi avec trop d'empressement aux heureuses modifications que la Faculté a pris soin, depuis quelques années, d'apporter à son enseignement de l'obstétrique, pour ne pas nous réjouir cette fois encore de lui voir faire un nouveau et large pas en avant dans la voie des améliorations. Après les réformes dans le domaine de l'instruction théorique, viennent aujourd'hui, comme complément, celles qui ont trait à la pratique; donc, rien de mieux.

Le programme proposé par M. Budin, présente cet immense avantage qu'il accroît et utilise au mieux les ressources dont peuvent disposer les étudiants, sans léser en rien et on pourrait même dire en favorisant les intérêts de l'enseignement des sages-femmes. Jusqu'à ce jour, les parturientes étaient assistées pendant la journée par les étudiants et, la nuit, de dix heures du soir à sept heures du matin, par les sages-femmes. Comme malheureusement la marche et la durée des accouchements ne peut se réglementer suivant des heures fixes, il arrivait que bien souvent tels élèves qui s'étaient attachés pendant de longues heures à l'observation d'un fait intéressant, se voyaient obligés d'abandonner prématurément la place, au grand détriment de leur instruction et de leur zèle antérieur. Pour obvier à ces interruptions trop répétées, dorénavant les accouchements seront faits par les élèves en médecine du lundi matin au vendredi soir, et par les sages-femmes du vendredi soir au lundi matin. Si on veut bien calculer que dans l'ancienne réglementation ces dernières disposaient du service pendant 63 heures par semaine, on verra qu'actuellement ce laps de temps n'a subi qu'une réduction de 3 heures, compensée et au-delà par les bénéfices qu'elles retireront de la continuité dans leur travail. N'oublions pas d'ailleurs qu'elles demeurent chargées comme par le passé des soins à donner aux accouchées et aux nouveau-nés; sauf pendant les heures de la visite médicale, elles accaparent ainsi les salles de la clinique à l'exclusion des étu-

diants ; belle part leur est donc réservée pour leur instruction professionnelle. La consultation des femmes venues du dehors sera désormais dirigée chaque jour, à 3 h. 1/2. par le chef de clinique et suivie par les étudiants en médecine. Cette consultation tire un grand intérêt de l'abondance du matériel d'examen et de l'imprévu des diagnostics. Les sages-femmes auront à leur disposition les salles réservées aux femmes enceintes où elles trouveront suffisamment à s'exercer. Il n'y a là qu'une simple interversion de rôles.

Les étudiants désireux de faire des accouchements ou de participer à la consultation se font inscrire à la clinique. Sous la direction de cinq moniteurs offrant toutes garanties de zèle et d'instruction, ils sont à tour de rôle appelés auprès des femmes en travail. Une salle d'attente convenablement aménagée est mise à leur disposition. Deux élèves se trouvent associés par accouchement : l'un, à titre de pratiquant, donne à la femme tous les soins nécessaires pendant le travail, prend des notes au sujet du cas qui lui est confié, et rédige ensuite l'observation dont lecture est donnée à la visite du matin ; l'autre l'assiste, prend des notes de son côté pour participer aux interrogations ou discussions qui peuvent suivre la lecture de l'observation. Ce deuxième élève deviendra praticant dans un second accouchement, assisté à son tour par un nouveau compagnon, et ainsi de suite. Avec ce mode d'enseignement, en outre des leçons professées le mardi et le samedi à l'amphithéâtre, les étudiants trouvent donc dans la visite du matin une source d'instruction d'autant plus attrayante et profitable qu'ils sont ainsi appelés à prendre part eux-mêmes aux travaux du service. A côté des droits, les devoirs : il ne faut pas oublier qu'en apportant à l'hôpital les éléments d'instruction, les femmes y viennent chercher les meilleures conditions de sauvegarde pour leur santé ; le grand danger pour elles est l'infection puerpérale. M. Budin montre par quelques exemples saisissants que parfois le médecin, par une négligence absolument coupable, peut devenir le fauteur d'une contamination mortelle : aussi adjure-t-il quiconque désire assister aux accouchements ou à l'examen des femmes enceintes, de renoncer momentanément à la fréquentation des salles de dissection ou d'anatomie pathologique, et de prendre grand soin de se mettre en état d'asepsie complète pour pénétrer dans les salles de la clinique.

Cette nouvelle méthode d'enseignement de l'obstétrique constitue une véritable école d'apprentissage pour les médecins. S'il est vrai qu'elle n'est pas sans entraver temporairement la liberté de l'étude des autres branches de la science médicale, et que, de plus, elle comporte beaucoup d'assiduité et quelque peu de fatigue, nous ne pensons pas que jamais le praticien, aux prises avec les responsabilités personnelles, songe à regretter les heures de veille, qu'étudiant il aura dû passer à la clinique. Ajoutons qu'à l'heure où nous publions ces lignes, ce programme est passé depuis lundi, de l'état de projet à la mise à exécution : il paraît très apprécié des étudiants qui se sont fait inscrire en grand nombre.

Cours d'anatomie : M. P. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Le lundi 14 octobre, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, a eu lieu la leçon d'ouverture du cours d'anatomie professé cette année par M. Poirier.

Le nouveau chef des travaux anatomiques, notre collaborateur et ami, à la nomination duquel nous avons applaudi il y a quelques jours, a été accueilli par les applaudissements les plus sympathiques des nombreux élèves qui se pressaient dans l'amphithéâtre. Après avoir remercié avec émotion son auditoire, M. Poirier a exposé comment il avait dû se charger de la suppléance du cours de M. le Pr Farabœuf, qu'une indisposition retient loin de Paris, et pourquoi les leçons du chef des travaux anatomiques n'étaient pas faites dans l'amphithéâtre spécial de l'Ecole pratique. C'est toujours cette éternelle question de l'Ecole pratique ! Cet amphithéâtre spécial n'est qu'à l'état embryonnaire. M. Poirier nous a assuré que l'architecte, que l'ingénieur, etc., etc., que tout le monde enfin est plein de bonne volonté. Soit ! mais nous craignons que cet état embryonnaire ne persiste encore trop longtemps. Malgré cet accouchement difficile, M. Poirier est plein de confiance en l'avenir. Il est vrai, comme il l'a ajouté, que M. Brouardel va prendre en main la direction du travail ; tout fait donc espérer que bientôt enfin l'Ecole pratique sera parvenue toute entière à l'âge adulte. Souhaitons que cet enfant chéri des dieux, dans lequel ils ont mis toute leur complaisance, ne vienne pas trop tard dans un monde trop jeune... pour elle.

Le cours du chef des travaux anatomiques ne doit pas être, pense M. Poirier, l'analogue de ceux que font dans les pavillons de l'Ecole d'anatomie les prosecteurs et leurs aides. Il doit en être à la fois le complément et la synthèse. Le maître doit reprendre une par une les parties isolées au pavillon ; il doit les rapprocher, les grouper en un tout, en faire une région. Mais ce ne sera encore là qu'une région de cadavre. Le professeur, parlant à de futurs praticiens, doit s'efforcer en outre d'animer cette région, de rendre la vie à ce qu'il va décrire. De cette façon, l'étudiant, à son arrivée au lit du malade, ne constatera pas avec découragement que ses études anatomiques ont été incomplètes, que ses dissections lui ont été peu profitables. L'étude de l'anatomie topographique comprise ainsi deviendra intéressante et essentiellement utile, lorsqu'elle sera complétée par l'anatomie des formes, qu'on tend trop à négliger aujourd'hui, pour se perdre dans les plus fins détails.

M. Poirier, dans les leçons qu'il fera cette année, traitera de l'anatomie topographique des membres. Cette première leçon a été consacrée surtout à l'exposé des généralités en ce qui concerne le membre supérieur. Par un court résumé, le professeur a fait comprendre à ses jeunes auditeurs comment se développaient les membres. C'est avec le plus grand plaisir que nous avons entendu vanter l'intérêt et l'importance des données embryologiques qui, dans cette première leçon, ont été si nettement exposées.

Le nouveau professeur a la parole facile, est bien au courant des théories modernes, ne craint pas de s'appesantir sur leurs conséquences, de montrer leur valeur philosophique et la nécessité pour le médecin lui-même de les connaître en détails. Il ne redoute pas d'avouer que l'anatomie humaine est fortement éclairée par l'anatomie comparée. Ayant réfléchi à ce qu'il a l'intention d'enseigner, il dit bien et clairement ce qu'il veut dire.

Conférences d'histoire naturelle médicale (zoologie : M. Blanchard, agrégé.

Le samedi 12 novembre, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, M. Blanchard a inauguré les conférences qu'il fera, cette année, comme les précédentes, sur la Zoologie médicale.

Cette première leçon a été surtout consacrée à la discussion d'une question aujourd'hui à l'ordre du jour. Nous voulons parler du transfert des chaires des sciences dites accessoires, chimie, physique, histoire naturelle médi-

cales) de la Faculté de médecine à la Faculté des sciences. On sait la polémique qui récemment a été soulevée à ce propos dans divers journaux politiques ou scientifiques. On connaît l'opinion des professeurs de la Faculté des sciences deParis sur ce sujet (1). M. Dastre, lors de l'ouverture de son cours (2) a exposé ses idées sur ce point, particulièrement en ce qui concerne la physiologie. On vient de lire ce qu'en pense M. le Pr Gariel.

M. Blanchard, à son tour, croit utile d'insister sur cette question de la suppression des chaires de sciences accessoires à la Faculté de médecine. Pour lui, la Faculté des sciences ne *peut* pas donner cet enseignement ; elle n'a pas la compétence voulue. Ses professeurs ne sont pas préparés, car, quelque talent qu'ils puissent avoir, le côté médical leur échappe forcément. On répète que dans les Facultés de médecine on fait des cours théoriques presque identiques à ceux de la Sorbonne. Erreur absolue, du moins pour ce qui concerne Paris. Que pour la province la chose soit exacte, que lui importe! Cela ne le regarde pas. Mais on n'a qu'à venir aux cours de Paris pour être convaincu. M. Blanchard croit qu'il ne peut être question d'une suppression pure et simple. Ce qu'il faut, c'est rappeler à l'observation des règlements, et cela de la manière la plus formelle, les professeurs qui s'écartent de leur programme. Si on veut cependant une réforme, il y en a une qui s'impose : c'est de reporter l'enseignement des sciences accessoires à une période assez avancée des études, en troisième année, par exemple. En histoire naturelle, puisque M. Blanchard a à décrire les parasites, il doit forcément parler des maladies que ces parasites engendrent. Or, ses auditeurs ignorent les éléments même de la médecine. Comment donc pourraient-ils tirer tout le profit désirable de son enseignement? D'ailleurs, il y a longtemps qu'on a indiqué la possibilité et la nécessité de ce changement. Le professeur a terminé cette leçon d'ouverture en indiquant le programme des cours de cette année. Il traitera des *végétaux parasites, microbes et champignons.*

Asile clinique (Ste-Anne) : Cours de M. Magnan.

M. Magnan a repris, dimanche dernier, à l'asile Sainte-Anne, les intéressantes leçons sur la folie, qu'il fait suivre chaque fois des exemples cliniques les plus démonstratifs. Les débats, ouverts devant la Société médico-psychologique sur le délire chronique, l'ont engagé à s'occuper d'abord de cette espèce pathologique.

M. Magnan fait observer que la plupart des arguments qui lui sont opposés s'appuient sur les travaux d'ailleurs fort remarquables de Lasègue, de Morel, de M. Achille Foville. Il montre que chacun de ces auteurs s'est appliqué à étudier l'une des phases de la maladie, sans s'arrêter à l'étroite coordination des différents symptômes, qui par sa constance et sa fixité peut être regardée comme la caractéristique de cette espèce pathologique.

Le délire de persécution de Lasègue devient en progressant la mégalomanie de M. Foville, et Morel complique encore la description en plaçant l'hypochondrie-névrose à la base de cette dualité clinique ; délire de persécutions, mégalomanie. Dans toutes ces formes symptomatiques se trouvent rangés côte à côte des malades de nature très différente, les uns qui guérissent presque toujours, les autres qui ne guérissent presque jamais.

La clinique a d'autres exigences: il ne suffit pas de déclarer tel sujet atteint de mégalomanie ou de délire de persécutions ; il faut surtout indiquer ce que deviendront et ce mégalomane et ce persécuté; de là, la nécessité d'accorder aux antécédents et à la marche de la maladie la part considérable qui leur revient. C'est ce que fait M. Magnan dans l'étude du délire chronique *à évolution systématique*.

Deux malades choisis avec soin ont permis de suivre pas à pas la période d'incubation et de voir se dessiner en caractères frappants les phases successives de la seconde période : idées de persécutions, hallucinations surtout auditives, troubles de la sensibilité générale, systématisation. La troisième période, délire ambitieux systématisé et la quatrième période ou de démence feront l'objet de la prochaine leçon. M. Magnan entrera ensuite dans l'étude clinique et expérimentale *de l'alcoolisme.*

Cours de gynécologie : M. Pozzi.

M. le Dr Pozzi a fait son premier cours le 15 novembre, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, devant un nombreux auditoire. « Au-dessous de l'enseignement d'un maître, a dit M. Pozzi, en commençant son cours, il n'est pas inutile qu'il y ait un enseignement purement pratique. » Ce cours sera élémentaire et les notions que les élèves y puiseront sur la gynécologie leur permettront de suivre avec plus de fruit les leçons des grands maîtres.

M. Pozzi a montré les progrès qu'avait fait la gynécologie, grâce aux progrès de la méthode antiseptique, et les transformations qu'avait subies la gynécologie qui purement médicale autrefois est devenue depuis quelques années chirurgicale. Dans ces études, on a trop de tendance à oublier la part considérable que la France a prise et prend encore en gynécologie. Presque toutes les grandes opérations ou méthodes opératoires ont pris naissance en France et non pas en Allemagne.

M. Pozzi, après ces préliminaires, a commencé à expliquer les *procédés antiseptiques spéciaux en gynécologie*, l'antisepsie de l'opérateur, des instruments, de l'opérée. Nous ne pouvons insister sur tous ces points, mais nous dirons que M. Pozzi a su, tout en restant terre à terre comme il l'a dit, mettre les auditeurs au courant des nouveaux procédés et des précautions indispensables pour la réussite d'une opération.

Cours auxiliaire de physiologie: M. Reynier.

C'est au petit amphithéâtre de l'Ecole de médecine que M. le Dr Reynier a ouvert, le mardi 15 novembre, à trois heures, son cours de physiologie. On n'avait en effet oublié qu'un seul point dans la nouvelle salle, c'était l'éclairage. Aussi le sympathique professeur a-t-il dû se contenter de l'ancienne, et se priver par suite, à son grand regret, des ressources de son laboratoire. Pourtant, il a laissé espérer que bientôt on pourrait transférer les cours à l'Ecole pratique, dans le nouveau local, de 3 heures 1/2 à 4 heures 1/2, moment de la journée plus commode pour une grande partie des élèves.

Dans sa première leçon, M. Reynier a cherché quelles relations étroites unissaient la physiologie aux autres sciences médicales; l'anatomie, autant que la pathologie, est nécessaire pour faire un physiologiste digne de ce nom ; mais si cette science emprunte aux autres, elle leur rend, ainsi qu'à l'hygiène, des services signalés, en éclairant bien des points destinés à demeurer obscurs sans son aide. Tel est le thème que M. le Dr Reynier a brillamment développé, s'appuyant pour le faire sur une foule de faits et de découvertes. On devinait la circulation sans la démontrer, avant

(1) Voir les articles de M. de Lacaze-Duthiers et de M. le Pr Potain dans la *Revue scientifique* de 1886.
(2) Voir *Progrès médical*, n° 46, p. 421.

que la connaissance exacte du cœur, des valvules et des capillaires fut venue rectifier les erreurs et confirmer les hypothèses exactes. Dans le domaine du système nerveux, la pathologie de l'aphasie a su éclairer d'un jour nouveau la théorie aujourd'hui démontrée des localisations cérébrales. Loin de combattre les expériences du laboratoire, le professeur y voit la recherche d'une idée que seule la vue du malade et la clinique ont pu faire naître. Seulement. avec M. le professeur Béclard, *« les observations faites sur l'homme lui paraissent avoir une valeur que n'ont pas celles faites sur les animaux »*, et le laboratoire vient continuer ce que l'on a commencé au lit du malade. Mais, d'autre part, comment le clinicien reconnaîtra-t-il que le foie est atteint, s'il ignore sa fonction glycogénique, cette découverte de Claude Bernard qui se plaisait à se surnommer lui-même un chirurgien manqué ; et comment guérir le mal perforant que Nélaton appelait une affection singulière des os, si l'on ignore qu'il y a là trouble trophique ; comment enfin oser donner le chloroforme si l'on ne sait la physiologie des centres nerveux. Quant à l'hygiène, elle dépend presque entièrement des constatations physiologiques ; en un mot, pour faire autre chose que de l'empirisme, il faut connaître à fond la physiologie, et le professeur conclut en citant une parole de Claude Bernard : « C'est par l'alliance féconde de la clinique et de la physiologie qu'on verra se réaliser les progrès que nous devons désirer. »

Cours de médecine opératoire : M. le Pr Duplay.

M. Duplay, en commençant son cours, n'a pas à proprement parler, fait de leçon d'ouverture. Il a annoncé qu'il étudierait cette année les maladies des organes génitaux urinaires et qu'il insisterait sur les opérations portant sur l'abdomen de la femme. Cette dernière partie du programme intéressera évidemment le public médical par son actualité. M. Duplay considère qu'un cours de médecine opératoire doit être éminemment pratique ; aussi, il laissera de côté tout le fatras historique des procédés abandonnés, n'indiquant aux élèves, pour chaque maladie, que l'opération de choix, c'est-à-dire celle que sa pratique personnelle lui aura appris à considérer comme la meilleure. L'enseignement de M. Duplay est clair, intéressant et précis ; il sera suivi avec grand profit par les élèves.

Conrs de pathologie externe : M. le Pr Lannelongue.

M. le Pr Lannelongue a commencé son cours *sur les affections du crâne*, en nous entretenant de la trépanation, cette opération dont les vicissitudes ont toujours été si intimement liées aux modifications des théories médicales. La trépanation, connue depuis les temps les plus reculés, fut très probablement appliquée par les peuples de l'âge de pierre pour faire sortir les mauvais esprits du crâne des gens qu'ils torturaient et chez lesquels ils produisaient des convulsions. Ces cranes étaient l'objet d'un culte spécial, et l'on s'en disputait les parcelles, qui devaient former des amulettes. La trépanation à l'aide de silex taillés se voit encore chez certains peuples kabyles et, d'après quelques auteurs, la tonsure des prêtres serait chez nous un dernier vestige des idées religieuses et médicales erronées, qui commandaient la trépanation.

M. Lannelongue a rappelé qu'Hippocrate avait formulé les indications du trépan; puis il a suivi cette opération à travers les âges : tombée entre les mains des charlatans jusqu'à la Renaissance, où Ambroise Paré la pratiqua plus méthodiquement. Son étude fut reprise plus tard par l'Académie royale de Chirurgie, qui se prononça en sa faveur. Bichat, Desault la combattirent. Malgaigne en fut un ennemi acharné, mais Velpeau et Denonvilliers en furent les zélés défenseurs. M. Lannelongue a rappelé ensuite les travaux de Broca et examiné les progrès parallèles de cet acte chirurgical et de la théorie des localisations cérébrales. Cette première leçon a donc été consacrée à l'historique de la trépanation. Le professeur a traité son sujet avec sa science bien connue, et cette première leçon engagera certainement les élèves à suivre avec assiduité le cours de pathologie externe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 novembre 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. Brown-Séquard examine les fondements des doctrines reçues à l'égard de *la dualité cérébrale dans les mouvements volontaires*. Si les notions actuelles étaient exactes, si chaque moitié du cerveau servait exclusivement à la moitié opposée du corps, toute irritation d'un côté de l'encéphale, depuis la zone excito-motrice jusqu'à l'entrecroisement des pyramides, ne devrait déterminer que des mouvements du côté opposé. Or, M. Brown-Séquard a vu : 1° que l'irritation galvanique ou mécanique de la capsule interne ne cause quelquefois que des mouvements de l'un ou des deux membres du côté correspondant; 2° que l'irritation du pédoncule cérébral, à sa partie inférieure surtout, produit plus fréquemment des mouvements du côté correspondant que de l'autre : 3° que l'irritation du pont de varole, dans sa partie considérée comme motrice, dans les trois quarts des cas, ne fait mouvoir que les membres du côté correspondant ; 4° que l'irritation de la pyramide antérieure, huit ou neuf fois sur dix, détermine des mouvements de l'un ou des deux membres du même côté. D'autre part, M. Brown-Séquard affirme que si, après avoir enlevé une lamelle transversale du pont de varole, il excite la surface inférieure de la partie lésée, les mouvements produits sont les mêmes que s'il excite la surface supérieure. Les manifestations motrices qui suivent les irritations de la base de l'encéphale sont donc surtout des phénomènes réflexes et non de simples effets d'irritation de fibres nerveuses servant aux mouvements volontaires. Les conducteurs qui existent à la base de l'encéphale ne prennent qu'une part légère aux mouvements que produisent les irritations de cette région.

Si la doctrine actuelle était exacte, la section transversale d'une moitié de la base de l'encéphale, à droite par exemple, devrait rendre impossible l'action des prétendus centres moteurs de l'écorce cérébrale à droite. Or, loin d'être perdue ou même diminuée, la puissance que possèdent ces parties de produire des mouvements croisés, lorsqu'on les irrite, est le plus souvent augmentée et l'on voit alors les membres gauches se mouvoir plus énergiquement qu'avant la section des fibres supposées conductrices. Il arrive alors que la zone excito-motrice du cerveau à gauche perd entièrement ou en partie sa puissance motrice. Il faudrait donc admettre, pour justifier la doctrine, que les conducteurs pour le mouvement volontaire s'entrecroisent dans l'encéphale avant d'arriver aux pédoncules cérébraux et même à la capsule interne : ce qui est insoutenable. D'ailleurs, l'expérience montre que les deux zones excito-motrices peuvent conserver presque complètement leurs actions anormales, malgré la section du tiers antérieur du bulbe, comprenant un peu plus que les pyramides antérieures. Après la section longitudinale du pont de varole sur la ligne médiane et la section transversale d'un des pédoncules cérébraux ou d'une moitié latérale du bulbe, les mêmes effets des irritations des zones motrices s'observent comme lorsque le pont est intact. Enfin, la base de l'encéphale peut être coupée entièrement, une moitié latérale

dans un point, l'autre à une certaine distance de la première section, sans que les zones motrices perdent leur puissance de causes des mouvements croisés dans les membres : on peut même observer, en pareil cas, le transfert de la puissance motrice. Tous ces faits sont évidemment en désaccord absolu avec la doctrine actuelle des mouvements volontaires. M. Brown-Séquard affirme, en outre, que les paralysies observées chez l'homme n'ont pas les causes qu'on leur attribue et qu'elles ne peuvent pas servir de base à la théorie qu'il combat. En résumé, il repousse complètement l'opinion que le cerveau droit est exclusivement le moteur des membres gauches et le cerveau gauche celui des membres droits.

M. Éd. Heckel signale l'emploi du *sulfibenzoate de soude dans le pansement des plaies* comme agent antiseptique. Ce corps, qui est obtenu en faisant dissoudre une forte proportion d'acide benzoïque dans une solution concentrée de sulfite de soude, a donné de bons résultats entre les mains de plusieurs chirurgiens.

M. W. de Fonvielle, à propos d'observations récentes, rappelle certaines expériences du XVIII^e siècle relatives à l'*influence extérieure de substances renfermées dans des tubes* et il montre comment ont disparu d'elles-mêmes ces assertions prétendues scientifiques.

M. Judée étudie l'*action du système nerveux sur la production de la salive* La production des deux espèces de salive serait due à l'action exercée, au moyen des filets nerveux, par un premier centre médullaire dit de commandement, tantôt sur un second périphérique, tantôt sur un autre de même nature.

M. Giard décrit un nouveau genre de *Lombriciens phosphorescents.*

M. Mangin signale le *rôle des stomates dans l'entrée ou la sortie des gaz.* Ces organes sont indispensables à la circulation des gaz chez les plantes aériennes ; l'occlusion de ces orifices provoque une diminution plus ou moins forte des échanges gazeux respiratoires et très considérable des échanges gazeux chlorophylliens. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 novembre 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Mégnin rappelle l'importance que la croyance populaire attribue aux « vers du tombeau » dans les phénomènes de consomption des cadavres. D'accord avec tous les naturalistes, il pensait qu'un corps enfoui à 2 mètres sous terre dans un cercueil parfaitement fermé se décomposait sous l'action seule des agents physico-chimiques, lorsque des exhumations faites avec M. Brouardel au cimetière d'Ivry lui ont démontré que, pour une fois tout au moins, l'opinion extra-scientifique était la bonne. Les vers sont, d'ailleurs, remplacés par des larves d'insectes qui ont déposé leurs œufs à la surface des cadavres, de quelques minutes jusque deux ou trois ans après la mort, car chaque espèce affectionne un degré particulier de décomposition, de telle sorte qu'à l'aide des débris laissés par la transformation des larves, on peut déterminer assez exactement l'âge des corps, ce qui a une grande importance en médecine légale. Si les individus sont nombreux, les espèces, par contre, sont assez restreintes. Plusieurs sont communes aux cadavres laissés à l'air libre et à ceux qui sont inhumés. La présence des insectes s'explique par le dépôt d'œufs d'insectes, par exemple, sur les yeux, dans les narines, au moment de la mort et dans les quelques heures qui la suivent ; d'autre part, l'humidité et la poussière des terres disjoignent suffisamment les planches de la bière pour permettre le passage des insectes. Certains coléoptères se tiennent dans les cadavres maigres, les Phosa. par exemple ; d'autres, tels que le *Rhizophagus parallelocolis* ne se trouvent que sur les cadavres gras. Jusqu'à présent, on n'avait trouvé ce dernier coléoptère que dans l'herbe des cimetières : les précédentes considérations justifient sa présence en ces endroits. Il y vient attiré par l'odeur, appréciable, peut-être, pour ses sens, pour déposer ses œufs dans les corps et sa larve remonte à l'état d'insecte parfait à la surface du sol pour s'y accoupler.

MM. Horsley et Beevor (de Londres) font une très intéressante communication sur les *localisations cérébrales,* avec expériences à l'appui, faites sur un singe (*Macacus sinicus*) devant la Société. Il nous est impossible d'énumérer tous les résultats obtenus par ces savants expérimentateurs : stipulons seulement la découverte des points affectés aux mouvements des doigts, des gros orteils, des articulations, démontrées à l'aide d'expériences dont la valeur ne laisse absolument rien à désirer.

M. Dumontpallier dépose une note de M. Lugo sur *l'action des métaux à distance.*

M. Roger. — Nous venons d'observer, M. Retterer et moi, un chien atteint d'un hypospadias périnéo-scrotal. La rareté des faits de ce genre nous a engagés à publier cette observation. Sur le moulage que nous présentons, on voit que l'urèthre s'ouvre à 4 millimètres en avant du rectum. Le milieu du périnée est occupé par une gouttière muqueuse, représentant la portion spongieuse de l'urèthre, dont la soudure ne s'est pas opérée. Cette gouttière aboutit à une verge, libre et pendante, présentant à sa base le renflement des corps caverneux qu'on observe chez le chien et renfermant un os dans son épaisseur. Le fourreau de la verge ne s'est pas fermé au-dessous des corps caverneux, et se présente sous l'aspect d'une surface quadrilatère, adhérente à l'abdomen et libre dans sa portion antérieure, qui est garnie d'un bouquet de poils. Les autres parties du système génito-urinaire sont normales. Nous avons tenu à présenter ce fait à cause de sa rareté et aussi parce que nous espérons pouvoir en tirer plus tard quelques déductions pour l'embryologie de l'urèthre.

M. Magitot, revenant sur une précédente communication de M. Albarran, dit qu'il ne saurait admettre l'origine de kystes du maxillaire adoptée par cet auteur, pas plus, du reste, que les considérations thérapeutiques qui en découlent.

M. Corblin étudie la *locomotion des Poissons et leur vessie natatoire.*

M. Retterer dépose une note sur le développement et la répartition des fibres-cellules. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 novembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

Elections de deux membres correspondants nationaux (1^re division). *Première élection* : votants 77. Majorité : 39. Au premier tour de scrutin, M. Widal (d'Alger) obtient 30 voix ; M. Renaut (de Lyon) 15 ; M. Leloir (de Lille) 14 ; M. Pitres (de Bordeaux) 9 ; M. Mordret (du Mans) 3 ; M. Wannebroucq (de Lille) 3 ; bulletins blancs, 3. Aucun candidat n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour. Votants : 69. Majorité 35. M. Widal est élu par 45 voix, contre M. Leloir 9 ; M. Renaut 8 ; M. Pitres 3 ; M. Mordret, 2 : bulletins blancs, 2.

Deuxième élection. Votants : 71 ; majorité : 36. Au premier tour de scrutin M. Renaut obtient 24 voix ; M. Leloir, 21 : M. Mordret, 18 ; M. Pitres, 6 ; M. Wannebroucq, 2. Aucun candidat n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Votants 64. Majorité 33. M. Renaut est élu par 42 voix, contre M. Leloir. 13 : M. Mordret. 9.

M. Dumas (de Montpellier) fait une communication sur l'*identité probable de l'œdème des nouveau-nés avec la phlegmatia alba dolens*. L'œdème des nouveau-nés ne doit pas être confondu avec le scléréme : il est caractérisé par l'infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans tous les interstices cellulaires des parties atteintes. Cet œdème doit être regardé comme un symptôme de la phlegmatia. Le traitement doit consister : 1° dans l'emploi de la chaleur sous la forme de la couveuse Tarnier ; 2° dans la condamnation absolue des malaxations sur les parties atteintes, recommandées jusqu'alors par tous les auteurs, et qui exposent à la formation d'un embolie.

M. Hervieux, à l'occasion de la discussion relative au *phlegmon du ligament large et à l'adéno-phlegmon juxta-pubien*, fait remarquer que M. A. Guérin, de son propre aveu, n'a jamais fait une seule autopsie de phlegmon du ligament large, et qu'il ne mentionne pas, parmi les terminaisons du phlegmon du ligament large, l'induration. D'après M. A. Guérin le phlegmon du ligament large ne devrait consister que dans une tumeur s'adossant à la branche horizontale du pubis ; or, ce phlegmon n'a rien de commun avec le phlegmon du ligament large. Ce dernier, en effet, consiste dans une inflammation qui porte non pas seulement sur le tissu cellulaire sous-péritonéal, mais sur la trame aponévrotique elle-même, inflammation qui peut d'emblée convertir tous les éléments du ligament large en un foyer purulent, mais qui très souvent aussi transforme ces éléments en une masse dure et susceptible de s'infiltrer de pus ou de se parsemer d'abcès multiples, et finalement de se fondre en une collection purulente. Que le phlegmon juxta-pubien soit admis dans le cadre nosologique, rien de plus légitime, mais que ce phlegmon ait la prétention de se substituer au phlegmon du ligament large, voilà ce que M. Hervieux ne saurait admettre.

M. A. Guérin déclare ne pouvoir s'entendre avec M. Hervieux ; il ne nie pas que le ligament large ne puisse s'enflammer, mais que le tissu cellulaire du ligament large puisse donner naissance à un phlegmon venant s'accoler au pubis ; il croit également qu'un certain nombre de phlegmons du ligament large ne sont autre chose que des pelvi-péritonites.

M. Hervieux soutient que la charpente aponévrotique du ligament large peut non seulement se distendre, mais même s'altérer et disparaitre complètement.

M. A. Guérin remarque que M. Hervieux parle, pour la première fois, des aponévroses du ligament large, et soutient qu'entre les aponévroses qui constituent la charpente du ligament large, il y a un espace trop peu considérable pour qu'un phlegmon puisse s'y développer.

M. Vallin lit un *rapport* sur le prix de l'hygiène de l'enfance.

L'Académie se constitue en *comité secret* à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Lannelongue sur les titres des candidats à la place vacante. dans la section de pathologie chirurgicale. Sont présentés : en première ligne, M. Le Dentu ; en deuxième ligne, M. Terrier; en troisième ligne, M. Péan; en quatrième ligne, M. Périer ; en cinquième ligne, M. Berger ; en sixième ligne, M. Chauvel. A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 novembre 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. Balzer présente une des malades sur lesquelles il a étudié les *vergetures d'origine syphilitique* dont il a parlé dans la dernière séance ; il montre en même temps un moulage du musée de Saint-Louis se rapportant à la même lésion.

M. Le Président présente les excuses de M. Hering qui, obligé de partir, n'a pu exposer devant la Société les résultats qu'il a obtenus par sa méthode de *curage du larynx* dans la laryngite tuberculeuse.

M. Merklen rapporte un fait de *tachycardie dans l'adénopathie trachéo-bronchique* à ajouter à ceux signalés par Rillet et Barthez, Gueneau de Mussy, etc. Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, qui peu avant son entrée avait commencé à avoir des accès de dyspnée intenses avec palpitations, perte de sommeil, etc. Il avait l'aspect d'un cardiaque asystolique : œdème, foie gras, etc. Les battements du cœur étaient énergiques, 160, le pouls incomptable. En présence de cet ensemble de symptômes, M. Merklen posa le diagnostic de maladie de Basedow fruste ; la digitale et la spartéine produisirent peu d'effet et le malade finit par succomber. On trouva le cœur extrêmement dilaté et une adénopathie tuberculeuse récente des ganglions du hile ; les noyaux tuberculeux étant remplis de bacilles ; il s'agissait donc d'une paralysie du pneumogastrique par compression ayant produit la rapidité du pouls, la dilatation, le surmenage du cœur et enfin la mort. L'auteur rapproche de ce cas celui d'une jeune fille de 15 ans qui, dans le cours d'une coqueluche, eut des accès de fièvre avec pouls à 130, mais sans congestion pulmonaire, tandis qu'au sommet la respiration était soufflante et qu'on trouvait de la matité au niveau du hile; il y avait certainement adénopathie bronchique. La malade guérit d'ailleurs.

M. Barié a observé un cas de cancer primitif de la plèvre pendant le cours duquel deux ganglions bronchiques ayant été envahis par le néoplasme, il y eut compression du pneumogastrique gauche, accès de dyspnée et pachycardie.

M. Rendu a observé la même chose dans un fait de cancer de l'œsophage ; mais il croit qu'il ne faudrait pas généraliser ces remarques, car le pneumogastrique peut être comprimé sans pour cela qu'il soit dégénéré ; c'est ainsi qu'on voit souvent d'énormes compressions bronchiques ne pas s'accompagner de troubles cardiaques.

M. Merklen répond que dans son cas le tronc du nerf était très-hyperémié.

M. Petit rapporte le fait d'une femme de 48 ans, atteinte d'un épithélioma du col ulcéré, et chez laquelle il constata l'existence d'un ganglion cancéreux au dessus de la clavicule gauche, observation à rapprocher des faits récents de Troisier et de Raymond. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1887. — Présidence de M. Polaillon.

M. de Saint-Germain dépose sur le bureau un ouvrage de M. le Dr Parker sur le *pied-bot congénital*.

M. Segond dépose sur le bureau une observation de M. Widal, intitulée : *Plaie du gros intertin, anus artificiel, opération secondaire, guérison.*

M. Anger rapporte un cas de *cure radicale d'une hernie congénitale étranglée*. Il préfère, au lieu de recourir à la réunion primitive, laisser la plaie béante après l'opération, la laisser suppurer pour avoir du tissu cicatriciel plus résistant. Le procédé opératoire a pour but la cure radicale, mais les résultats sont loin d'être toujours satisfaisants. Il recommande le port d'un bandage.

M. Terrier dit que les hernies congénitales peuvent être observées chez des sujets âgés de 1 an, 6 mois, 20 ans, ou 40 ans. Il faut donc distinguer. Chez *l'enfant*, il y a une tendance naturelle à la guérison, et la cure spontanée n'est pas très rare. Dans certains cas, cependant, il faudra faire la cure radicale ; mais il faudra ne la proposer qu'en dernier lieu. Pour *l'adulte*, tantôt il y a hernie avec ectopie testiculaire, tantôt il y a hernie sans ectopie. S'il y a ectopie, comme l'ectopie prédispose aux affections testiculaires et que la hernie se produit plus facilement dans ces cas, il est logique d'enlever le testicule. Quand il n'y a pas ectopie, on doit garder le testicule. Le procédé opératoire de M. Terrier est encore plus simple que celui de M. Lucas-Championnière, et il n'a jamais eu d'insuccès. La tunique vaginale lui paraît plus difficile à isoler qu'un sac de hernie acquise. Pour faciliter cette dissection, il divise la vaginale en deux parties, dont la supérieure est isolée aussi haut que possible, et dont l'inférieure est suturée après résection convenable, de façon à faire une vaginale au testicule conservé. — En ce qui concerne la remarque de M. Anger, il est d'un avis absolument opposé. Une cicatrice n'est jamais si solide que quand elle a été obtenue à la suite d'une réunion par première intention.

M. Berger fait une longue communication sur les *indications de la cure radicale des hernies congénitales*, basée sur une statistique d'un nombre considérable de hernieux. La hernie congénitale peut-elle guérir par les moyens habituels ? Oui, ordinairement pour les enfants au dessous de 15 ans. Le contraire est l'exception. Au dessus de 15 ans, la guérison est encore possible, mais plus rare. Chez l'adulte, elle ne guérit pas. Cette hernie est-elle une infirmité très grave ? M. Berger ne croit pas qu'elle le soit autant qu'on l'a dit. S'il est vrai qu'elle s'étrangle assez souvent, s'il est vrai que l'étranglement se manifeste par des symptômes de suite inquiétants, il n'est pas moins curieux de voir que ces étranglements herniaires sont ceux qui guérissent le mieux, parce qu'on les

opère tôt en raison de l'intensité des phénomènes cliniques. La mortalité due aux accidents est aujourd'hui inférieure à celle causée par la cure radicale. Ceci ne doit-il pas donner à réfléchir, pour le moment du moins! M. Berger ne veut pas se poser en adversaire de l'opération, mais il pense qu'on ne doit la faire que dans certaines conditions : ne pas opérer au dessous de 15 ans ; lors même qu'il y a ectopie, la hernie congénitale peut guérir. Au delà de 15 ans, il ne faut pas désespérer jusqu'à 20 ans. Après 20 ans, ordinairement, il faut opérer sans castrer le malade. Il rejette l'opération pour les hydrocèles congénitales, car pour lui les hydrocèles congénitales ne prédisposent pas à la hernie ; c'est le contraire qui a lieu. Ces hydrocèles congénitales qui sont fréquentes, après l'apparition des hernies, guérissent bien par les injections.

M. Segond montre la supériorité du manuel opératoire de M. Lucas-Championnière qui a insisté avec tant de raisons et tant de conviction sur l'importance de la dissection du sac. Il est des cas, quoique en dise M. Richelot, où cette dissection est impossible sans léser le cordon — Le procédé du capitonnage modifié et complété par la suture interne du collet du sac de Czerny est sinon à recommander, du moins très acceptable. Il ne faut pas faire la castration alors même que la dissection du sac est très difficile, comme l'a soutenu un chirurgien allemand (Kraske). — M. Segond montre enfin qu'il ne faut pas avoir une confiance trop absolue dans les résultats de l'opération et que le bandage dans beaucoup de cas au moins a son utilité.

M. Guerlain lit une observation de *prolapsus complet de la matrice opéré par un procédé spécial.*

M. Reclus présente l'anus iliaque d'une femme opérée il y 7 mois pour un cancer de l'intestin et morte ces jours-ci de dégénéralisation. M. Reclus pour faire cet anus a employé un procédé bien connu en Allemagne. Il amena au contact de la plaie abdominale l'intestin, l'y laissa et l'y maintint jusqu'au moment où des adhérences solides furent developpées et n'ouvrit le tube digestif qu'à cette époque.

M. Trélat se demande s'il est bien nécessaire de faire ainsi l'opération en deux temps.

M. Anger montre le malade qu'il a opéré d'une cure radicale de hernie. Il insiste sur la nécessité de laisser suppurer la plaie.

M. Lucas-Championnière affirme que c'est tout le contraire qu'il faut faire.

M. Trélat rappelle qu'il a été l'un des premiers à soutenir qu'une cicatrice obtenue après réunion par première intention était toujours la meilleure. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 26 octobre 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. Bremond lit une note sur les bons effets du traitement térébenthiné dans la tuberculose pulmonaire et chez les arthritiques.

M. Bocquillon a fait des recherches sur la préparation de l'antipyrine, en présence des plaintes formulées de tous côtés sur les falsifications de ce médicament, dont les solutions de mauvaise qualité ont une odeur de benzine. Il passe en revue les propriétés de ce corps et conseille l'emploi de la glycérine comme véhicule pour injections hypodermiques. Parlant ensuite de l'acétanilide, il conseille de l'administrer en cachets ou en solution dans du vin ou dans l'élixir de Garus.

M. Boymond fait observer que l'odeur de benzine n'est pas toujours l'indice d'une falsification. On dissout l'antipyrine avec de la benzine pour la purifier; un séjour suffisant à l'étuve permet de faire disparaître toutes traces de ce dernier corps.

M. F. Vigier. L'antipyrine est-elle un corps stable et ne se forme-t-il pas des isomères?

M. Bocquillon. Lorsqu'on prépare l'antipyrine par l'éther dia[illegible]acianique, il se forme un corps isomère à propriétés chimiques et probablement physiologiques toutes différentes.

M. Delpech constate que l'antipyrine est un produit allemand monopolisé; et il s'élève contre les brevets qui couvrent les préparations médicamenteuses.

M. C. Paul offre à la Société, de la part de l'auteur, M. Dupuis, un ouvrage sur les alcaloïdes.

M. Dujardin-Beaumetz analyse les effets physiologiques du *Strophantus hispidus*, ou poison de l'essence du Gabon. Cette plante est un tonique du cœur et amène rapidement la diurèse Fraser a employé la teinture à la dose de 2 à 4 gouttes par jour; Pills a donné 10 gouttes d'une autre teinture, sans qu'il soit possible toutefois de donner des indications précises sur la dose exacte du médicament à employer. L'alcaloïde du strophantus, la strophantine, se donne par milligrammes; c'est un poison violent dont les effets se rapprochent de ceux du curare. On ne peut se procurer que très difficilement du strophantus, et c'est seulement en Angleterre qu'on en trouve.

M. Bardet dit que, sous le nom de strophantus, on emploie souvent des plantes de nature différente. Le strophantus est fort rare, et un droguiste anglais lui propose de lui en vendre au prix fort élevé de 6 francs l'hectogramme de graines.

M. Catillon montre quelques graines de strophantus qu'on a voulu lui vendre en Angleterre au prix de 9 francs la livre anglaise. Au Gabon même, il est très difficile de s'en procurer; il espère bientôt, cependant, en avoir une livre par l'intermédiaire du gouverneur de ce pays.

M. Boymond montre à la Société un échantillon de *phtalate de morphine*, produit supérieur au chlorhydrate, en ce qu'il s'altère beaucoup moins vite lorsqu'il est en solution pour injections hypodermiques. Gilles de la Tourette.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — CONGRÈS DE TOULOUSE.

Section de médecine.

Présidence de M. le Dr Pamard (d'Avignon).

M. Brémond (de Paris). fait une communication sur *l'action eutrophique du traitement térébenthiné :* Son procédé consiste à projeter sur la peau l'huile essentielle de térébenthine au moyen de la vapeur d'eau sous pression : il conseille l'emploi de cette médication dans la phthisie pulmonaire.

M. Gosse (de Genève) donne quelques explications très intéressantes *sur le mécanisme de la mort dans certains cas de pendaison* : la mort n'est pas toujours le résultat de l'asphyxie dans la pendaison, car elle peut survenir en dehors de toute constriction laryngée; il suffit pour amener la mort que les parties latérales du cou, et par conséquent les gros vaisseaux, subissent une forte compression; le sujet meurt alors par congestion du cerveau et des méninges; aussi trouve-t-on habituellement en pareil cas des ecchymoses méningées et péricrâniennes. M. Gosse a expérimenté sur lui-même, et, au bout de deux minutes et demie environ, il a éprouvé des symptômes de congestion cérébrale, suivis de perte de connaissance.

M. Labéoa confirme les assertions de M. Gosse.

M. Thiriar (de Bruxelles) fait connaître le résultat de ses recherches *sur l'ectopie testiculaire et la castration préventive chez l'adulte*. L'auteur rappelle d'abord que le testicule en ectopie paraît être particulièrement prédisposé à des altérations de diverses nature et notamment au cancer ; il a eu à intervenir deux fois dans des cas de carcinome du testicule, celui-ci étant en état d'ectopie abdominale ; dans les deux cas l'ablation de l'organe malade a été suivie de guérison, et ces deux faits ont encore confirmé M. Thiriar dans sa manière de voir au sujet de l'utilité de la castration en pareil cas ; l'organe ainsi enlevé est d'ailleurs un organe inutile, car on sait, surtout depuis la thèse de Marchal que le testicule en ectopie devient bientôt le siège de diverses altérations, et plus particulièrement de sclérose péricanaliculaire et périvasculaire, en sorte que l'organe devient rapidement impropre à la production des spermatozoaires.

M. Jeannel (de Toulouse) trouve trop hardi de pratiquer l'ablation de l'organe en vue d'une dégénérescence simplement éventuelle.

M. Pamard pense également qu'il est préférable d'attendre que l'organe soit malade, à la condition d'opérer sans retard quand la lésion est constatée.

M. Thiriar ne saurait partager la réserve de M. Jeannel.

M. Secheyron (de Paris) ajoute quelques observations sur l'état anatomique du testicule compliqué d'hématocèle vaginale.

M. André (de Toulouse) communique une note *sur un cas de chromhydrose rose* ; il rappelle les travaux de M. Le Roy de Méricourt sur le sujet, et rapporte avec quelque détail une observation de cette affection.

M. Duplouy (de Rochefort) fait une importante communication *sur la valeur de la désarticulation du genou.* L'auteur constate que cette opération a été appréciée avec trop de sévérité ; il expose le résultat de sa pratique personnelle, et il appuie ses assertions par la présentation de plusieurs moules, de photographies, et enfin de l'un de ses opérés qui, depuis seize ans, marche trois heures par jour sur son moignon. Examinant ensuite les statistiques dressées en France, il constate que des moignons parfaits ont été obtenus dans les deux tiers des cas : il indique en terminant dans quelles conditions la désarticulation du genou doit être préférée à toute autre opération : l'intégrité de la peau, la possibilité de la nutrition régulière figurent au premier rang de ces conditions nécessaires.

M. Pamard relate le succès obtenu par un de ses confrères d'Avignon, qui avait pratiqué cette opération; lui-même n'a pas été aussi heureux ; son insuccès était probablement dû au mauvais état de la peau.

M. Carre (d'Avignon) communique *une observation de laparotomie ;* il s'agissait d'un cas grave d'étranglement intestinal chez une tuberculeuse. L'auteur pratique la laparotomie, et, ne pouvant réduire l'intestin, fit un anus contre nature. La malade mourut au bout de quatorze jours d'une recrudescence des symptômes de tuberculose pulmonaire; quant aux suites de l'opération, elles avaient été excellentes. — L'auteur se demande si, en pareil cas, l'opération est indiquée; il constate toutefois qu'il n'a pu nuire à la malade en opérant, puisque la mort etait imminente par le fait de l'étranglement.

M. Secheyron rapporte à ce propos un cas du Dr Lebec, dans lequel, au lieu du kyste de l'ovaire diagnostiqué, on trouva une masse de fausses membranes criblées de tubercules. La malade guérit.

M. Thiriar a fait la laparotomie sur deux malades atteintes de péritonite tuberculeuses, et n'a pas eu à regretter son intervention.

M. Frédéric Monod (de Pau) fait une intéressante communication *sur l'accouchement artificiel provoqué par la méthode de Kraus;* l'auteur a eu recours à cette méthode chez trois femmes qui présentaient des déformations rachitiques du bassin. Deux enfants sont venus au monde vivants; le troisième a succombé en raison de la longueur du travail. Les suites de couches ont été normales chez ces trois femmes.

M. Monod insiste sur les avantages de la méthode de Kraus qui peuvent se résumer sous ces quatre chefs : 1° simplicité d'application ; 2° sûreté d'action; 3° rapidité; 4° innocuité. Il indique en même temps les inconvénients que présentent les autres méthodes, et fait remarquer que le dilatateur de Tarnier procède exactement comme la sonde dans le procédé de Kraus; mais que la sonde présente l'avantage d'être un instrument usuel que l'on a toujours à sa portée.

M. Pamard a eu l'occasion d'employer récemment le procédé de Kraus avec un plein succès, et il est d'autant plus disposé à lui donner désormais la préférence sur le dilatateur Tarnier que ce dernier instrument n'est pas toujours d'un application aussi facile qu'on le croit généralement.

M. Arnaud lit un travail *sur la recherche des signes directs de la mort dans l'organisme.* Il conclut à l'absence, dans l'état actuel de la science, de signes certains de la mort.

M. Certes (de Paris) fait une communication *sur les micro-organismes des eaux thermales.* Il rappelle que si l'étude de la barégine et des conferves dans les eaux minérales est déjà ancienne, il en est tout autrement de l'étude des micro-organismes de très petites dimensions que l'on peut rencontrer au griffon; il a étudié à ce nouveau point de vue les sources de Néris et de Lamalou, et il a trouvé des microbes ayant pour origine les germes atmosphériques. L'existence des microbes étant fonction d'un travail de fermentation, M. Certes conclut que l'eau absorbée par les malades n'est pas idendique à celle qui sort du sol, et se demande si ce n'est pas à des causes de cette nature qu'il faut attribuer soit certaines cures, soit certains accidents qui accompagnent parfois le commencement du traitement hydro-minéral.

M. Bézy (de Toulouse) fait observer que l'examen des eaux d'Ussat paraît confirmer les observations de l'orateur. — M. Certes ajoute qu'une source italienne, dont les applications thérapeutiques sont très analogues à celles de Néris, a été récemment étudiée par lui au point de vue microbiologique, et qu'il a pu constater la parfaite analogie de la faune de ces deux stations.

M. Bories (de Montauban) fait connaître *une manifestation nouvelle de l'infection blennorrhagique* : il s'agit d'un œdème de la glotte survenue chez une femme atteinte de blennorrhagie.

M. Joal se demande si l'on ne pouvait invoquer absolument aucune étiologie.

M. Bories répond que toutes les causes connues d'œdème de la glotte faisaient défaut chez sa malade.

M. Pamard (d'Avignon) rapporte *deux observations de résection sous-périostée du coude,* suivies toutes deux de succès ; les deux malades opérées se servent parfaitement de leur coude.

M. Maréchal (de Brest) rapporte l'observation d'un jeune homme dont le coude avait été meurtri dans un hachoir à paille; en raison de la conservation des vaisseaux et des nerfs. il tenta de conserver le membre au moyen d'une résection sous-périostée; le résultat fut tel que le malade un Breton qui ne parlait pas le français) n'ayant pu expliquer qu'il avait été opéré fut tout d'abord déclaré propre au service.

M. Jeannel rapporte un cas dans lequel une intervention semblable a été également suivie de succès.

M. Gross fait observer toutefois que l'analogie n'est pas complète entre les cas cités, et qu'il faut, à tous égards, distinguer entre les cas de traumatisme, et ceux où la résection est nécessitée par une affection générale.

M Reboul (de Paris) ajoute quelques mots au sujet d'une femme à qui Velpeau avait jadis fait la résection du coude et qui se sert parfaitement de son membre.

M. Ollier (de Lyon) fait une importante communication *sur la simplification du traitement de la résection du genou.* Nous relevons ici les principaux points sur lesquels insiste plus particulièrement le savant chirurgien de Lyon : dans la résection du genou, il faut tendre à faire les pansements aussi rares que possible. En ce qui touche l'opération elle-même, il faut respecter les ligaments latéraux et spécialement leurs insertions fémorales et tibiales. — Pour adopter sans danger la méthode des pansements rares, il faut mettre des drains en quantité suffisante assurément, mais éviter de les multiplier sans nécessité ; on se servira de préférence de drains courts et les rouler dans l'iodoforme. Ce dernier agent sera employé *largâ manu ;* on évitera les accidents d'intoxication en ne laissant parvenir sur les surfaces sanglantes qu'une petite quantité d'iodoforme ; en revanche, on ne le ménagera pas sur les pièces du pansement, et surtout entre les diverses couches. Quant à l'appareil, M. Ollier recommande la simple attelle plâtrée postérieure, qui cesse d'être incommode dès que l'on substitue les pansements rares aux pansements fréquemment renouvelés. L'orateur pense que même l'élévation thermique (à moins qu'elle ne s'accompagne de symptômes généraux graves) n'est pas une indication de lever le pansement.

M. Pamard a fait il y a quelque temps une résection du genou; il a enlevé le pansement le quatrième jour et a trouvé une plaie d'aspect excellent; mais peu de jours après, la suppuration s'établit, et finalement l'amputation devint nécessaire ; aussi M. Pamard se prononce-t-il nettement en faveur des pansements rares préconisés par M. Ollier.

M. Étienne (de Toulouse) fait une intéressante communication *sur les paraplégies urinaires.* L'auteur présente un aperçu critique de l'histoire des paraplégies urinaires, montre que les exemples cités par les auteurs sont le plus souvent incomplets, erronés, et, s'appuyant sur les faits cliniques et la physiologie pathologique et expérimentale, conclut à l'existence des paraplégies urinaires. Il passe successivement en revue les travaux de Graves, de Stanley, de Stokes, de Raoul Leroy d'Etiolles, de Brown-Séquard, de Charcot, de Voillemier et Le Dentu, etc., et met en présence de ces travaux le silence gardé sur cette question par Civiale, Mercier, Thompson, Guyon ; il conclut enfin à l'existence des paraplégies urinaires. mais à leur très grande rareté.

M. Armand de Favre (d'Avignon) présente une note *sur l'action convulsivante de l'atropine* ; il indique dans quelles conditions d'application l'atropine, peut, même à très faible dose, exercer une action convulsivante et montre l'intérêt que ce fait peut avoir au double point de vue de la physiologie expérimentale et de la médecine légale.

M. Montaz (de Grenoble) fait une communication *sur l'orchi-épididymite tuberculeuse aiguë chez les blennorrhagiques* : l'auteur a pu observer déjà un certain nombre de cas dans lesquels, au cours d'une blennorrhagie soit aiguë, soit chronique, il a vu apparaître une épididymite que rien ne fait distinguer tout d'abord de l'épididymite vulgaire ; seulement la maladie résiste au traitement, le testicule demeure volumineux, et au bout de quelque temps, on se trouve en présence d'un véritable testicule tuberculeux.

M. Huchard (de Paris), fait une très-intéressante communication *sur l'artério-sclérose subaiguë et son traitement* ; il expose que les diverses causes capables de déterminer cette altération vasculaire, en dehors de la vieillesse, procèdent d'abord en augmentant la tension artérielle, et que cette augmentation de tension précède toujours la lésion vasculaire qu'elle détermine. Cette notion précise a une influence évidente sur le choix des moyens thérapeutiques à employer; le remède devra nécessairement être choisi parmi les médicaments capables d'abaisser la tension vasculaire; la nitro-glycérine donne dans ce cas d'excellents résultats.

M. Salet (de Saint-Germain-en-Laye) lit une note sur *la cocaïne dans les affections de l'estomac* : il a constaté que la cocaïne agissait sur la muqueuse gastrique comme sur les muqueuses extérieures ; mais que pour favoriser son action, il était utile de l'associer aux alcalins, et que d'autre part pour prolonger cette action, il convenait d'ajouter à la cocaïne la morphine à doses très faibles.

M. Fauvelle (de Paris) fait une communication *sur les signes de l'homicide par suffocation* ; il indique les différents modes suivant lesquels la suffocation peut se produire, et le siège des diverses marques de violence qui peuvent faire conclure à un acte criminel, et dont l'absence permet de supposer au contraire un homicide involontaire.

MM. Chazarain et Dècle (de Paris) font une communication *sur les courants de la polarité dans l'aimant et dans le corps humain.* Après avoir indiqué ce qu'ils entendent par polarité humaine et courants de la polarité, les auteurs croient pouvoir conclure de leurs expériences que si un côté du corps est anesthésié ou contracturé par une application positive, ce côté est positif, tandis que le côté anesthésié ou contracturé par une application négative est négatif, et qu'il existe dans le corps humain un courant allant, comme celui de la pile, du pôle positif au pôle négatif.

M. Pineau (de l'île d'Oléron) lit un travail sur les *calculs préputiaux;* il montre à la section trois calculs, pesant ensemble 23 grammes, et qu'il a extraites du prépuce d'un individu atteint depuis longtemps de phimosis : les calculs sont constitués par du phosphate ammoniaco-magnésien.

M. Duplouy (de Rochefort) fait une communication *sur la contagion du cancer*; ayant observé un épithélioma de la verge chez un homme dont la femme avait succombé à un cancer de l'utérus de très longue durée, l'auteur se demande si l'on est en pareil cas autorisé à soupçonner la contagiosité du cancer.

M. Pamard pense qu'il s'agit là d'une simple coïncidence.

M. Joal (du Mont-Dore) présente un *nouveau spiromètre* très simple et très pratique; c'est au moyen de la quantité d'eau qui s'écoule d'un tube supérieur dans un tube inférieur sous l'influence de l'effort expiratoire, que l'on mesure la capacité pulmonaire.

M. Bergeron présente un mémoire relatif à *l'action des lavements gazeux* dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, de la coqueluche et de l'asthme.

M. Régis (de Bordeaux) relate un *cas de maladie de Dupuytren dans la paralysie générale progressive,* et conclut que la rétraction de l'aponévrose palmaire n'est pas due à un traumatisme localisé, mais qu'elle paraît bien être liée à un état général, qui serait, le plus souvent, l'état arthritique, et qu'il paraît d'autre part, y avoir lieu d'admettre entre la goutte et la paralysie générale une parenté qui d'ailleurs a été déjà signalée.

M. Burot (de Rochefort) fait une communication sur *la maladie des tics ;* l'auteur a en ce moment l'occasion d'observer avec M. le professeur Pitres (de Bordeaux) un cas très intéressant de cette affection : il s'agit d'une jeune fille qui présente des mouvements convulsifs du visage et des membres, avec accompagnement de cris inarticulés et de coprolalie; la maladie a débuté à l'âge de six ans ; mais c'est vers la quatorzième année que la coprolalie est venue s'y ajouter. L'hérédité paraît ici devoir être incriminée, car elle compte, surtout dans la famille de son père, plusieurs cas de tics convulsifs. M. Burot incline à penser que, dans les cas de ce genre, il y a non seulement exagération des réflexes, mais encore abaissement du pouvoir de volition. Il indique les divers traitements institués, qui jusqu'ici n'ont pas donné de bien heureux résultats. L'hypnotisme aurait probablement été un moyen précieux; mais il a été impossible de provoquer chez la malade le moindre degré d'hypnose. (*A suivre*). R. M.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. Des ecchymoses cutanées. Etude médico-légale ; par E. Perrin de la Touche. — J.-B. Baillière et fils, 1885.

II. Le mariage au point de vue de l'hérédité ; par le Dr Félix Battesti. — Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

I. L'ecchymose est la tache superficielle qui résulte de l'extravasation du sang hors des vaisseaux et de l'infiltration du sang dans les tissus. Il ne faut pas confondre l'ecchymose avec la suffusion sanguine. L'ecchymose peut exister partout. L'auteur toutefois, ne s'occupe dans ce travail que des ecchymoses cutanées, et incidemment des ecchymoses conjonctivales. L'ecchymose traumatique a été prise comme type de description ; elle est étudiée dans les diverses parties du corps et envisagée au point de vue de ses modifications de coloration. Sa durée est très variable et subordonnée non seulement à son siège, mais encore à la constitution individuelle. Les ecchymoses résultant d'extravasations de sang, situées profondément dans les tissus, avec ou sans lésions du squelette, ne présentent jamais des caractères assez nets, d'où on puisse tirer des probabilités d'une certaine valeur, au sujet de la date de production des lésions. Par contre, dans les ecchymoses résultant d'extravasations sanguines superficielles, qui apparaissent presque instantanément à la peau, la succession des couleurs est presque toujours la suivante : rouge, violet, bleu, vert, jaune. La couleur violette apparaît d'ordinaire vers le troisième jour. Toutes ces données résultent d'un grand nombre d'observations recueillies dans les auteurs ou prises à l'hôpital. Les ecchymoses sont des plus aisées à reconnaître, à diagnostiquer sur le vivant ; elles méritent un examen plus attentif lorsqu'on les considère sur le cadavre, où elles peuvent être confondues avec les lividités, les hypostases cadavériques, c'est-à-dire avec ces traînées bleuâtres qu'on observe dans les parties déclives quelques heures après la mort; Est-il possible que des ecchymoses se produisent après la mort, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme ? Les contusions, faites dans ces conditions, ne donnent lieu à aucun phénomène pouvant être confondu avec des lésions produites sur le vivant. Toutefois, il semblerait d'après Tourdes, Christison et Devergie, Delmas, Brouardel, que des lésions semblables à celles produites sur le vivant, puissent être provoquées sur le cadavre dans les premiers moments, dans les premières heures qui précèdent ou suivent la mort. Au point de vue étiologique, les ecchymoses peuvent être spontanées ou traumatiques ; leur coloration ne peut fournir de renseignements très précis sur la date de leur production ; leur forme permet rarement de reconnaitre la nature de l'instrument qui les a produites. Il n'existe souvent aucune relation de proportion entre l'étendue des ecchymoses et l'intensité du traumatisme.

II. L'hérédité est une loi biologique d'après laquelle tous les êtres vivants tendent à se répéter dans leurs des-

cendants. L'hérédité est physiologique ou normale, pathologique ou morbide. L'hérédité normale embrasse la structure externe et la structure interne, et se révèle par des particularités propres aux divers organes des sens. L'hérédité pathologique découle de l'hérédité physiologique et s'explique par un vice dans le germe. La transmission des prédispositions morbides découle de la transmission des tempéraments ; deux cas peuvent alors se présenter : les descendants héritent de caractères semblables ou identiques à ceux de leurs parents ; c'est l'hérédité de similitude ; ou bien les caractères transmis ne sont pas identiques et se manifestent sous une forme chez les descendants ; c'est l'hérédité de métamorphose. L'auteur expose alors succinctement les diverses diathèses, maladies et affections, à l'occasion desquelles l'hérédité joue un rôle capital. Mais que de choses à réfuter au sujet de la transmission des maladies infectieuses ou virulentes ! Il est vrai que M. Battesti déclare judicieusement au début de son intéressant travail, que l'hérédité n est pas une loi mathématique d'après laquelle un être transmet infailliblement à ses descendants ses caractères physiques et moraux, nous pourrions ajouter morbides. Etudiant les lois qui régissent l'hérédité, l'auteur pense qu'on pourrait fixer l'âge du mariage pour l'homme, à 35 ans ; pour la femme à 25 ans. L'hérédité régit presque fatalement les destinées de notre existence ; elle est donc digne d'occuper la première place dans les préliminaires du mariage destiné à perpétuer cette hérédité. A. JOSIAS.

VARIA

Une ovation au professeur Botkin.

Un incident caractéristique s'est produit mardi dernier à la leçon clinique de M. Charcot, à la Salpêtrière. M. Charcot a présenté à ses auditeurs un des assistants, le célèbre professeur Botkin, qui, on le sait, est médecin du czar, et enseigne la *Clinique interne* à *l'Académie* de Saint-Pétersbourg. En le présentant, M. Charcot a rappelé en quelques mots les travaux de M. Botkin, qui honore son pays autant par ses œuvres que par l'élévation de son caractère, et dont les sympathies pour la France sont connues de tous. Spontanément, tous les assistants ont souligné par leurs applaudissements les paroles de M. Charcot, et M. Botkin a été l'objet d'une véritable ovation.

Banquet offert à M. Charles Richet.

Ce qui donnait au banquet offert mardi soir au nouveau professeur M. Charles Richet une physionomie bien particulière, c'était la réunion d'un père et d'un fils devenus collègues dans la même Ecole : c'est ce caractère qui, comme l'a fort heureusement rappelé M. Mathias-Duval, faisait de cette soirée de bienvenue une véritable fête de famille. Aussi quel empressement et quelles sympathies ! Plusieurs tables avaient dû être installées dans la grande salle de l'hôtel Continental pour placer tous les amis et tous les invités. L'Institut était représenté par MM. Léon Say, Berthelot, de Lacaze-Duthiers, Cahours, Verneuil, A. Richet ; la Faculté, par les professeurs Duval, Hardy, Laboulbène, Le Fort, Damaschino, Straus, Beaunis, et par un grand nombre d'agrégés. Des membres de la Société de biologie, des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, des représentants de la presse scientifique, des naturalistes, des littérateurs avaient tenu à s'associer, eux aussi, aux félicitations adressées au jeune professeur. Ces félicitations, c'est M. Mathias-Duval qui, au nom du doyen éloigné momentanément de Paris par d'heureuses circonstances, les a transmises à son nouveau collègue, dont il a rappelé la dévorante activité scientifique et la curiosité sans cesse éveillée vers tous les problèmes : ces hautes qualités, a-t-il dit, désignaient tout naturellement Charles Richet au choix de la Faculté, à un moment où la physiologie a besoin de s'assurer du concours de toutes les autres sciences. Puis, dans un toast qui a provoqué une vive émotion, associant les grands travaux du père à l'œuvre déjà si considérable du fils, M. Duval a bu à nos deux Richet. Après lui, M. Hardy, comme doyen d'âge du monde médical présent, a voulu, par contraste, adresser ses compliments au jeune professeur : il a regretté que sa sortie involontaire de la Faculté ne lui ait pas permis de voter pour le nouvel élu, puis il a félicité celui-ci de ne pas s'être endormi sur les lauriers dorés de son père. M. Verneuil, dans une charmante et délicate allocution, a porté la santé de son ancien interne, dont l'amabilité saura faire aimer la France par les étrangers qui fréquentent nos laboratoires. M. E. Yung, directeur de la *Revue politique et littéraire*, a indiqué quels services rend au monde savant son collègue de la *Revue scientifique*. M. Gley, préparateur du laboratoire de physiologie, a raconté avec un très grand succès l'infatigable activité du successeur de Béclard : il a parlé de la sûreté de son affection et de la discrétion de sa bienveillance ! Le discours de M. Gley, très littéraire et très enthousiaste, a soulevé de vifs applaudissements. Celui de M. R. Moutard-Martin, qui a pris la parole au nom des amis de Ch. Richet, a été également bien accueilli. M. Ch. Richet, très ému de toutes ces marques de sympathie a, dans un langage très élevé, montré combien il apprécie le grand honneur d'être devenu le collègue de son père dans cette Faculté de médecine où il a toujours été regardé comme un enfant gâté : aussi, c'est à son père qu'il a porté son toast, à son père qui l'a conduit par la main jusqu'à la haute porte du professorat. Soirée excellente qui laissera à tous de bons souvenirs.

Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale.

Un Congrès de médecins et de vétérinaires, ayant pour objet l'étude scientifique de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux aura lieu à Paris, du 25 au 31 juillet 1888, dans les locaux de la Faculté de médecine. Ce Congrès est organisé par un comité composé de : MM. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, *président ;* le professeur Villemin, membre de l'Académie de médecine, *vice-président ;* Butel, vétérinaire à Meaux, vice-président de la Société de médecine vétérinaire pratique ; Leblanc, membre de l'Académie de médecine ; Nocard, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; Rossignol, vétérinaire à Melun, secrétaire général de la Société de médecine vétérinaire pratique ; Cornil, Grancher, Lannelongue, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, *membres du Comité ;* L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté, *secrétaire général.*

Les questions traitées seront de deux ordres : les unes, proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres librement choisies, mais ayant également trait à la tuberculose. Un jour sera destiné à des démonstrations anatomiques faites dans le laboratoire de M. Cornil, professeur d'anatomie à la Faculté. Une autre journée sera consacrée à des examens et des autopsies d'animaux tuberculeux à l'Ecole d'Alfort.

Tous les médecins et vétérinaires français et étrangers pourront, en s'inscrivant en temps utile et en payant une cotisation de 10 fr., devenir membres du Congrès et prendre part à ses travaux. La cotisation donne droit au volume des *Comptes rendus du Congrès.* Les séances du Congrès seront publiques. Toutes les communications et discussions se feront en français. Des détails plus complets sur les statuts et le règlement du Congrès seront publiés ultérieurement.

Questions proposées par le comité d'organisation. — I. Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir. — II. Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose. — III. Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie. Mesures prophylactiques. — IV. Du diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors des précédentes, qui conserveront la priorité dans les ordres du jour, le comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur les suivantes : Hérédité de la tuberculose chez l'homme et dans les diverses espèces animales. — Contagiosité de l'homme à l'homme, des animaux entre eux, des animaux à l'homme et réciproquement. — Divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale suivant la qualité et la quantité du virus inoculé. — Différences des affections tuberculeuses dans les diverses espèces animales. — — Moyens de distinguer les lésions causées par le bacille de Koch, des granulations et inflammations dues à des microbes divers (zooglées, bactéries de la pneumonie contagieuse du porc, aspergilles, etc.), à des parasites animaux ou à des corps étrangers. — — Des lésions tuberculeuses compliquées d'autres lésions microbiennes. — Mode de formation des cellules géantes et des îlots tuberculeux. — Evolution des tuberculoses locales. — Des agents

destructeurs des bacilles de Koch. — Moyens locaux et généraux capables d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale. — Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses.

Adresser les cotisations à M. G. MASSON, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et tout ce qui concerne les communications relatives au Congrès, à M. le Dr PETIT, secrétaire général, 11, rue Monge.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 21. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, Ch. Richet, Rémy. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), (1re *Série*) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier; — (2e *Série*) : MM. Segond, Delens, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Fournier, Ollivier, Chauffard.

MARDI 22. — 2e *de Doctorat*, oral (2e partie) (2e *Série*) : MM. Mathias-Duval, Fernet, Reynier ; — (2e partie) (1re *Série* : MM. Bouchard, Ch. Richet, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Tarnier, Brun. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Duplay, Panas, Peyrot ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ball, Cornil, Quinquaud, (2e *série*): Laboulbène, Legroux, Hanot.

MERCREDI 23. — (Epreuve pratique) Médec. opér. : MM. Trélat, Poirier, Segond. — (1er *Définitif d'Officiat*) : MM. Fournier, Rémy, Jalaguier ; — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Brissaud, Pouchet ; — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1e *Série*) : MM. Guyon, Lannelongue, Maygrier ; — (2e *Série*) ; MM. Budin. Delens, Reclus.

JEUDI 24 — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Cornil, Bouilly — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Reynier, Quenu. 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Peyrot, Brun ; — (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Troisier. — 4e *de Doctorat* ; MM. Jaccoud, Ball, Quinquaud.

VENDREDI 25. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Damaschino, Rémy, Jalaguier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Delens, Reclus, Segond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Budin, Kirmisson ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Guyon, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Chauffard.

SAMEDI 26. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Reynier, Ballet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Peyrot, Campenon ; — (2e *Série*) : MM. Richet, Panas, Brun ; — (2e partie) : MM. Proust, Fernet, Troisier ; — (1re partie (Charité) : MM. Cornil, Tarnier, Quenu ; — (2e partie) : MM. Peter, Ball, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 24. — M. Corneille St.-Marc. Du traitement de quelques hémorrhagies par l'eau distillée de goudron. — M. Joliot. De l'entorse radio-carpienne. — M. Esprit. De la non-intervention primitive dans les plaies pénétrantes du crane par balles de petit calibre. — M. Lota. Deux ans entre le Sénégal et le Niger. Contribution à la géographie médicale du Soudan français.

Enseignement médical libre.

Cours d'Opérations qui se pratiquent sur l'appareil génito-urinaire.—M. le Dr DUCHASTELET commencera ce cours à l'amphithéatre n° 1 de l'Ecole pratique, le mardi 22 novembre, à 8 heures du soir et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 6 novembre 1887 au samedi 12 novemb. 1887, les naissances ont été au nombre de 1207, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 463 ; illégitimes, 166. Total, 629. — *Sexe féminin* : légitimes, 430 ; illégitimes, 148. Total, 578.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 novemb. 1887 au samedi 12 novemb. 1887, les décès ont été au nombre de 879, savoir : 457 hommes et 422 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 10, F. 5. T. 15. — Variole : M. 6, F. 4, T. 10. — Rougeole : M. 7, F. 2. T. 9. — Scarlatine : M. 7, F. 2, T. 9. — Coqueluche : M. 0. F. 2. T. 2. — Diphthérie, Croup : M. 20 F. 14, T. 34. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 96, F. 64. T. 160. — Autres tuberculoses ; M. 14, F. 11. T. 25. —Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3. T. 3. —Tumeurs malignes : M. 13, F. 17. T. 30. — Méningite simple : M. 14, F. 10. T. 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 26. T. 49. — Paralysie : M. 4, F. 2 T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 4. T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 30. T. 61. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 8 T. 15. — Bronchite chronique : M. 18, F. 22. T. 40. — Broncho-Pneumonie : M. 14, F. 21. T. 35. — Pneumonie M. 31, F. 30. T. 61. — Gastro-entérite, biberon : M. 12, F.19.T.31. — Gastro-entérite, sein ; M. 10, F. 14. T. 24. —Autres gastro-entérite : M. 3, F. 8. T. 11. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 6, F. 6, T. 12. — Sénilité : M. 5, F. 15. T 20. — Suicides : M. 6, F. 3 T. 9. — Autres morts violentes : M. 4, F. 2. T. 6. — Autres causes de mort : M. 87 F. 66. T. 153 — Causes restées inconnues : M. 6. F. 7. T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33, illégitimes, 19. Total : 52. - *Sexe féminin* : légitimes, 22; illégitimes, 11. Total : 33.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.*—M. le Pr LABOULBÈNE a commencé son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 17 novembre 1887, à 4 heures (petit Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Dans la première leçon, le professeur a exposé la biographie de W. Harvey; il résumera ensuite l'histoire de la circulation du sang.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. MERZ, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite Ecole, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Ont été proclamés lauréats de la Faculté pour l'année scolaire 1886-1887 : *Médecine*; prix, M. Fromaget ; mentions honorables, MM. Vialle et Forge; deuxième année : prix, M. Brudet ; troisième année : prix, M. Lespinasse ; mention honorable, M. Drumur ; prix du conseil général : M. Viéron ; prix Godard, M. Suzanne ; prix des thèses : médaille d'or, M. Suzanne ; médailles d'argent, MM. Litchtreitz et Dichas ; médaille de bronze et mention honorable, MM. Peytoureau, Sudre et Grasset ; médailles de bronze, MM. Fischer, Florant, Tessié, Bombarte, Blanc-Fontenille. — *Pharmacie*; première année : prix, M. Favrel ; mention honorable, M. Gontier-Lalande ; deuxième année : prix, M. Bordier ; mention honorable, M. Duphil ; troisième année : prix, M. Beille ; prix du Conseil général, M. Beille ; prix Barbet, M. Fauche ; prix des travaux pratiques : première année : prix, M. Gontier-Lalande ; mention honorable, M. Favrel ; deuxième année : prix, M. Fauche ; mention honorable, M. Biarnès; troisième année : prix, M. Beille.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. NOBLOT, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, des fonctions de préparateur de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Chaleix, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — Un congé pendant l'année scolaire 1887-1888 est accordé, pour raisons de santé, à M. Guesdon, préparateur de physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. MOSNIER, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Truchot, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. QUINT, docteur en médecine, est nommé, pour trois ans, chef de clinique chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Traill, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Ont été proclamés lauréats de la Faculté, pour l'année scolaire 1886-1887. *Médecine*; première année : prix, M. Moullade ; mention honorable, M. Bourdin ; deuxième année, pas de prix ; mentions honorables, MM. L[illegible]cy et Malafosse ; troisième année : prix, M. Gaudier ; quatrième année : prix, M. Audry. — *Pharmacie* ; première année : prix, M. Moreau ; première mention, M. Bourcet ; deuxième mention, M. Defretrière ; deuxième année : M. Ducher ; prix des thèses : médailles d'argent, MM. Didelot et Guerin ; médailles de bronze, MM. Bernard, Gara[illegible]d et Mani[illegible] ; mentions honorables, MM. Assada, Chevalier, Couturier, Crozat, Duzéa, Laffage, Phélip, Porteret, Rochet et Roque.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Sont nommés, pendant l'année scolaire 1887-1888 : MM. PORTERET, pharmacien de 1re classe, chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Roux, appelé à d'autres fonctions ; CURTILLET, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, préparateur des travaux chimiques du même laboratoire, en remplacement de M. Lecordonnier, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. REBOUL, professeur de chimie, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté, à partir du 23 novembre 1887.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. BIMAR, agrégé près ladite Faculté, est maintenu dans ses fonctions pour l'année scolaire 1887-1888.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. JARDIN, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de botanique à ladite Faculté, en remplacement de M. Londet, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont nommés à ladite Faculté, pour l'année scolaire 1887-1888 : *Laboratoire des cliniques :* Directeur du laboratoire, M. GUÉRIN, agrégé ; — *Laboratoire de chimie :* Chef des travaux chimiques, M. THORION ; préparateur de chimie, M. FISTIÉ ; — *Laboratoire de physique :* Chef des travaux de physique, M. BAGNÉRIS, agrégé ; — *Laboratoire d'hygiène :* Chef des travaux, M. VALLOIS, docteur en médecine ; — *Laboratoire de thérapeutique :* Chef des travaux, M. GANZINOTTI, docteur en médecine.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, pendant l'année scolaire 1887-1888, à M. Bézier, préparateur de zoologie à ladite Faculté. M. COLLEN, licencié ès sciences physiques, est chargé des fonctions de préparateur de zoologie, pendant la durée du congé accordé à M. Bézier.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES (Sorbonne). — M. Jules SOURY, maître de conférences, traitera des *fonctions motrices et sensitives du cerveau* le lundi à 4 heures 1/2, à partir du 21 novembre, et exposera les doctrines de Munk sur les localisations cérébrales; le vendredi à la même heure.

ECOLE PRATIQUE DE MÉDECINE. *Incendie.* — Un incendie considérable s'est déclaré mercredi 2, à heures 50, à l'Ecole pratique de médecine, 2, rue Vauquelin. Le feu a pris naissance dans un cabinet de premier étage faisant partie du laboratoire de M. Richet. C'est un foyer à gaz chauffant une étuve qui a occasionné l'incendie. Des bocaux contenant des essences et autres matières inflammables ont alimenté le foyer de l'incendie qui, en quelques instants, a gagné le laboratoire de physiologie, où tous les appareils étaient préparés pour les cours du lendemain. Ces appareils ont été en partie détruits ; ceux que renfermaient le laboratoire de M. Richet ont été entièrement consumés. Les pertes sont évaluées à cent mille francs. — On ne saurait trop insister sur la nécessité d'avoir dans tous nos établissements publics des bouches d'incendie et un approvisionnement *sérieux* d'eau.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. BOUTON, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

ECOLE PRÉPARATOIRE DES SCIENCES ET DES LETTRES DE NANTES. — M. LAROCQUE, professeur de l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole, à partir du 1er octobre 1887.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. le Dr GRACIETTE est nommé bibliothécaire de ladite Ecole.

UNIVERSITÉ ÉTRANGÈRE — M. le Dr PÉTRI (de Berne), est nommé professeur à l'Université de Saint-Pétersbourg.

ASILE D'ALIÉNÉS D'EVREUX. *Internat.* — Une place d'interne est vacante à l'asile d'Evreux. 800 fr. par an, nourriture, logement, chauffage, blanchissage, éclairage.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. LACROIX, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques, en remplacement de M. Offret appelé à d'autres fonctions.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. *Feu de cheminée.* — Un feu de cheminée, sans la moindre importance, du reste, a éclaté mercredi dernier dans la chambre d'un des internes en médecine. Les pompiers sont venus et, avec l'aide des garçons de bureaux, ont eu vite raison de ce feu de cheminée. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il y ait fréquemment des accidents analogues. L'année dernière, à la Maison de Santé Dubois, le même accident s'est produit dans des conditions presque identiques. D'ailleurs, pour les chambres des internes, dans certains hôpitaux du moins, l'entretien laisse fort à désirer. L'Administration n'a pas assez souci des conditions dans lesquelles sont placés certains de ses administrés et ne fait pas tout ce qu'elle devrait pour leur installation matérielle.

HOPITAUX DE PARIS. *Concours pour le prosectorat.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. DEMOULIN, interne de quatrième année à l'hôpital de la Charité, aide d'anatomie à la Faculté. La question posée à l'épreuve de médecine opératoire a été : *Ligature de l'artère sous-clavière; Désarticulation médio-tarsienne.* L'épreuve de dissection a été: *Région temporale.* L'épreuve d'anatomie pathologique (question écrite de 3 heures), a eu pour sujet : *Des angiomes.* Nous avons déjà publiées les autres questions données.

Concours d'externat. — Les dernières questions traitées ont été les suivantes : *Articulation temporo-maxillaire ; parois osseuses des fosses nasales; — rapports du cœur.*

HÔPITAUX DE NANTES. *Concours dans les hôpitaux.* — A la suite d'un concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 24 octobre dernier, pour l'*internat* et l'*externat* des hôpitaux, ont été nommés : *Internes,* MM. Miraillié, Neveu, Chaillons, Gendron, Guépin, Morin, Bichon *Internes provisoires* : MM. du Bonays de Couesbouc, Jouon ; *Externes :* MM. Sourdille, Leray, Redureau, Chevalier, Neveu-Dérotrie, Briton, Jeulin, Tulasne, Bellouard, Gouraud, Perrault, Brianceau, Renoul, Brindeau.

OFFICIERS DE SANTÉ ET PHARMACIENS. *Circulaire relative aux candidats aux diplômes d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe pourvus du certificat d'aptitude à la première partie du baccalauréat ès lettres.* — Le certificat d'aptitude à la première partie du baccalauréat ès lettres témoignant de connaissances littéraires supérieures à celles qui sont exigées pour le certificat d'études, le ministre a décidé que les candidats aux diplômes d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe qui auront subi avec succès la première série des épreuves du baccalauréat ès lettres ne seront interrogés à l'examen du certificat d'études, institué par le décret du 30 juillet 1886, que sur les matières scientifiques de cet examen.

MÉDECINS DES HÔPITAUX. — *La Société des médecins du bureau central* a décidé que le banquet annuel aurait lieu le samedi 26 novembre, à 7 heures 1/4, au café du Lion-d'Or, 7, rue du Helder.

NÉCROLOGIE. — La *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* nous annonce la mort de M. le Dr CAUVY, de Béziers, ancien interne des hôpitaux, médecin des hôpitaux de Béziers et membre correspondant de la Société de Chirurgie. Il est mort presque subitement à l'âge de 46 ans des suites de la morsure d'un chien enragé. Aussitôt après l'accident survenu, il y a environ trois mois, il partit pour Paris et subit les inoculations réglementaires à l'Institut Pasteur. Ces jours derniers, il était saisi brusquement de dyspnée, accompagné de refroidissement. Nous ne saurions trop établir, dit la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, la relation qui existe ici entre la rage et les accidents auxquels vient de succomber notre confrère. Nous ne doutons pas que le laboratoire de M. Pasteur n'ait reçu à ce sujet quelques renseignements très circonstanciés qui seront probablement publiés plus tard. — M. le Dr Pierre BERTRAND, ancien directeur de l'école de médecine de Clermont-Ferrand. — M. le Dr Bernard KRAUS, rédacteur en chef de l'*Allgemeine Wiener medicinische Zeitung*. — M. le Dr ALONZO KLARK, ex-professeur au College of Physicians and Surgons. — M. GARNIER, pharmacien, professeur suppléant de pharmacien et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Rouen. — M. le Dr JOHANNET (de Chelles).

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux :* M. le professeur CHARCOT. — Les leçons du mardi ont commencé le 18 octobre ; celles du vendredi ont commencé le 18 novembre.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales :* M. CHARPENTIER le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants ;* M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

5e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI — N° 48 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 26 NOVEMBRE 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INFANTILE

Contribution à l'étude de la tuberculose infantile.

Hémorrhagies tuberculeuses d'origine intra-pulmonaire chez les enfants au-dessous de sept ans ;

Par P. MANTEL, interne des hôpitaux.

Introduction. — Historique et division du sujet. — La tuberculose pulmonaire est certainement l'une des maladies qui ont inspiré le plus de travaux, tant en France qu'à l'étranger ; la tuberculose infantile a aussi préoccupé un grand nombre de médecins, et, malgré cela, l'histoire de l'hémoptysie chez l'enfant n'est pas faite. C'est ce dont nous nous sommes convaincus en parcourant la littérature médicale, à propos de deux faits d'hémoptysie mortelle, dont nous avons été témoins cette année chez deux enfants, l'un âgé de quatre mois, l'autre de deux ans.

Si l'on consulte, en effet, non seulement les traités classiques de médecine générale, mais encore les ouvrages spéciaux consacrés aux maladies de l'enfance, on ne trouve guère de documents. Rosen (1), Chambon (2) parlent bien de la possibilité du crachement de sang chez l'enfant, mais il n'est pas question de tuberculose ; Brassard (3) consacre un grand nombre de pages à l'histoire de l'hémoptysie, mais c'est de l'hémoptysie de l'adulte dont il s'agit.

Berton (4), en 1837, rapporte deux observations d'hémoptysie foudroyante chez deux enfants, mais ces hémoptysies se sont produites par un mécanisme particulier, la perforation de l'artère pulmonaire, par des ganglions tuberculeux, et ne rentrent pas dans notre sujet. Il faut arriver à Becquerel (5), en 1842, pour trouver quelque indication. Cet auteur signale, en effet, deux cas d'hémoptysie chez des enfants tuberculeux, mais sans observations à l'appui. Rilliet et Barthez (6) consacrent un certain nombre de pages à l'hémoptysie chez l'enfant, « mais aucune de ces hémoptysies n'est survenue chez un enfant âgé de moins de sept ans. » En 1848, West (7) signale la possibilité de l'hémoptysie foudroyante due à la perforation de l'artère pulmonaire par des ganglions tuberculeux, comme dans les cas de Berton, et il ajoute que ce n'est pas là le seul mécanisme de ces hémoptysies mortelles ; il rapporte, en effet, sept cas d'hémoptysie chez l'enfant, analogues à ceux qu'on rencontre chez l'adulte. Presque tous les ouvrages de médecine générale et de pathologie infantile restent muets à cet égard ou se bornent à mentionner la possibilité du fait en s'accordant sur sa rareté.

(1) ROSEN. — *Traité des maladies des Enfants*, 1793.
(2) CHAMBON. — *Des maladies des Enfants*, an 8.
(3) BRASSARD. — *Essai sur les maladies des Enfants*, 1819.
(4) BERTON. — *Traité des maladies des Enfants*, 1837, p. 493 et 496.
(5) BECQUEREL. — *Traité théorique et pratique des maladies des Enfants*, 1842.
(6) RILLIET et BARTHEZ. — *Maladies des Enfants*, 1843.
(7) WEST. — *Leçons sur les maladies des Enfants*, 1848-1871.

Rasmussen (1) et Douglas Powell (2), en 1874, Carrié (3), en 1878, R.-W. Foss (4), en 1879, Jacubasch (5), en 1880, et Cadet de Gassicourt (6), en 1886, ont publié chacun une observation d'hémoptysie foudroyante survenue chez des enfants tuberculeux âgés de moins de sept ans. Enfin on trouve, dans le livre d'Hénoch et Hendrix (7), publié en 1885, que l'hémoptysie, chez les enfants qui n'ont pas atteint l'âge de la dentition, est un phénomène extrêmement rare ; néanmoins ces auteurs ont rencontré douze à quinze enfants phthisiques qui rendaient dans de violentes quintes de toux de petites quantités, une cuillerée à bouche, de sang pur. Ils n'ont observé qu'une fois une hémoptysie abondante et ils insistent sur ce fait qu'ils n'ont pas d'observation d'hémoptysie par compression ou ulcération vasculaire. Ce peu d'importance accordé par les auteurs à l'histoire de l'hémoptysie chez l'enfant nous semble tenir à deux causes, dont la première et la principale est la grande rareté de ce syndrome à cet âge de la vie ; dont la seconde est l'insuffisance de nos moyens thérapeutiques contre cet accident redoutable.

Nous n'avons pas la prétention de faire l'histoire de l'hémoptysie de l'enfance, pas plus que nous n'avons celle d'indiquer une thérapeutique victorieuse pour obvier à cette complication ; nous voulons seulement apporter une toute petite pierre à ce grand édifice de la tuberculose, et nous espérons montrer qu'en tenant compte de quelques signes prémonitoires, de certaines circonstances étiologiques, on pourra peut-être, dans l'avenir, prévoir l'hémoptysie et la prévenir dans une certaine mesure. Pour ce faire, il nous a semblé utile de publier d'abord nos deux observations, puis de rechercher toutes celles qui ont paru sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger, de les grouper, de les comparer, et d'en dégager quelques enseignements qui nous paraissent présenter une certaine importance.

OBSERVATION I (personnelle). — *Hémoptysie foudroyante chez une enfant de quatre mois.*

La nommée Lud... (Louise), âgée de *quatre mois*, entre avec sa mère, le 5 mars 1887, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Julie, n° 13, dans le service de M. Blachez.

Au point de vue des antécédents héréditaires, on trouve un grand-père et une grand'mère morts tous deux tuberculeux. La mère de l'enfant, mariée une première fois *à un syphilitique*, a eu, de ce premier mariage, 4 enfants, dont l'un est mort en naissant ; les 3 autres vivent encore et sont bien portants. Remariée 18 mois après la mort du premier mari, à un individu *suspect au point de vue de la syphilis*, elle a eu de nouveau 2 enfants ; l'un mort tuberculeux à l'âge de 13 mois ; l'autre est la petite fille qui fait l'objet de cette observation. Cette femme semble avoir joui d'une bonne santé habituelle ; néanmoins elle *a perdu ses cheveux*, *a eu fréquemment des*

(1) RASMUSSEN. — Cité in thèse de Chardin, Paris, 1874.
(2) DOUGLAS POWELL. — *Path. Soc. of Lond.*, in *British med. Journ.*, 30 mai 1874, p. 711.
(3) CARRIÉ. — *Gazette médicale*, nos 18 et 22, 1878.
(4) R. W. FOSS. — *British. med. Journ.*, aout 1879, p. 171.
(5) JACUBASCH. — *Jahrb. fur. Kinderh.*, Bd. XV, Hefts, 2, 1880.
(6) CADET DE GASSICOURT. — *Revue mens. des mal. de l'Enf.*, 1886, IV, p. 262.
(7) HENOCH et HENDRIX. — *Leçons cliniques sur les maladies des Enfants*, 1885.

maux de gorge, sans qu'on puisse d'ailleurs trouver chez elle des signes de syphilis avérée. Elle tousse fréquemment, mais l'auscultation ne décèle aucune lésion pulmonaire.

Notre petite malade, née à terme, présentait une bonne constitution en naissant. Elle a été nourrie au sein. L'état général semblait excellent, lorsque vers l'âge de 3 mois, sous l'influence d'un refroidissement (à ce que dit la mère), elle commença à tousser ; on crut d'abord à un simple rhume, mais rapidement la situation s'aggrava ; il y eut de la fièvre, de la toux persistante sans hémoptysie apparente, d'ailleurs. C'est alors que l'enfant entre à la Charité, le 5 mars 1887.

En procédant à l'examen de la malade, on constate qu'elle n'est pas amaigrie, qu'elle est *particulièrement pâle*, et semble en proie à une dyspnée assez intense. Pas de diarrhée, ni de vomissements. Elle continue à prendre assez volontiers le sein de sa mère. La fièvre est peu élevée : 38° 5. A l'auscultation, on ne constate que des râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des deux poumons. La percussion ne donne guère de renseignements. Cataplasmes sinapisés. Sirop d'ipéca jusqu'à effet vomitif. Sirop de belladone.—Néanmoins, la situation ne s'amende pas ; la fièvre persiste et augmente ; la dyspnée s'accroît ; les ailes du nez battent, sans que, d'ailleurs, la santé générale paraisse définitivement compromise. La percussion permet de constater une légère submatité dans toute l'étendue des poumons, plus marquée, du reste, à gauche. En ce point, on perçoit des râles de bronchopneumonie assez fins pour simuler une pneumonie lobaire, puis du souffle qui est surtout marqué en haut et à gauche. Rien du côté du cœur, de la rate ni du foie, qui paraissent sains. Pas de convulsions, pas d'agitation. Le ventre est un peu dur, ballonné ; légère diarrhée, sans caractères ; fièvre élevée. Vésicatoire, alcool, bottes d'ouate, léger vomitif.

Les choses restent en l'état pendant plusieurs jours ; les phénomènes aigus semblaient vouloir s'amender, lorsque tout à coup, le 21 mars, un peu avant la visite, l'enfant est prise subitement *d'une hémorrhagie abondante qui se fait par la bouche et par le nez*. Le sang s'écoule à flots, noir et peu aéré, et la mort survient en quelques secondes.

Autopsie. — 24 h après la mort. Cadavre très anémié. La bouche et les narines conservent encore les traces de l'hémorrhagie. Pas de cicatrices, pas de traces de syphilis. A l'ouverture du thorax, on constate des *adhérences* de la plèvre gauche : tuberculose pleurale sans liquide. Un peu de sérosité citrine dans le péricarde. Le cœur gauche renferme quelques caillots. Pas de communication anormale entre les deux cœurs. Pas de lésions des troncs vasculaires à la base de l'organe. Du sang et des caillots s'échappent de la trachée et des bronches. Le poumon droit est farci de noyaux caséeux, tuberculeux, dont un grand nombre commencent à se ramollir. Pas de pus. Dans le poumon gauche, lésions de broncho-pneumonie. Au niveau du lobe supérieur, on trouve une petite cavité du volume d'une noisette, remplie de sang moulé sur elle ; malgré des lavages répétés et des investigations attentives, *il n'a pas été possible de retrouver la source de l'hémorrhagie*.

Les ganglions du médiastin sont assez volumineux, ramollis et quelques-uns sont en voie de suppuration. Ils ne paraissent pas exercer de compression notable sur les organes voisins. Le foie est un peu volumineux, sans tubercules, la rate augmentée de volume, renferme quelques granulations tuberculeuses. Reins normaux. *L'estomac est distendu et, en le sectionnant, on voit qu'un énorme caillot en moule toute la cavité.* Un examen attentif de toute la muqueuse ne permet pas d'y retrouver une seule érosion.

Les ganglions mésentériques sont volumineux : l'intestin est normal ; pas d'ulcérations ni de tubercules. Le cerveau et les méninges sont sains. La cavité buccale, le pharynx et l'œsophage examinés attentivement ne présentent aucune solution de continuité.

Observation II (personnelle). — *Hémoptysie foudroyante chez une enfant de 2 ans.*

Maria Ch..., âgée de 2 ans, entre dans le service du Dr Ollivier, à l'hôpital des Enfants-Malades, le 1er février 1887, salle Sainte-Elisabeth, n° 15.

Au point de vue héréditaire, un seul fait intéressant est à signaler : sa mère est morte le 30 janvier 1887 des suites d'une bronchite chronique, ayant débuté après ses dernières couches.

Née à terme, nourrie au sein, elle n'a jamais eu d'autre maladie qu'une varicelle, il y a cinq mois environ. Depuis cette époque, la malade a continué à tousser. Au début, on a cru à une légère bronchite, mais bientôt la toux augmenta et la fièvre apparut. Il y a trois mois, la diarrhée survint et continua très abondante jusqu'à aujourd'hui. La fièvre était surtout marquée le soir, de 6 à 8 heures. Depuis qu'elle tousse, la malade s'alimente peu et ne supporte guère que le lait et les œufs. On a appliqué à la partie postérieure du thorax plusieurs vésicatoires. Amaigrissement notable depuis le début de la maladie.

Actuellement, enfant *pâle*, amaigrie ; diarrhée moins intense, pas de vomissements, rien dans la gorge ; ventre gros, un peu ballonné, urines normales, rien au cœur, pouls fréquent, peau chaude, pas de phénomènes nerveux, pas de convulsions, pas de dyspnée, toux fréquente et pénible. Rien à la percussion des poumons, sauf une légère submatité au sommet gauche, en arrière. A l'auscultation, on trouve dans le poumon gauche de gros râles muqueux, abondants en haut et en arrière. A la base, râles analogues, moins gros et moins nombreux. Bouffées de râles plus fins par instant. Dans le poumon droit, râles muqueux, disséminés, peu abondants.

3 *février*. — La diarrhée a augmenté, la toux est devenue encore plus fréquente. Fièvre plus marquée, quelques râles sous-crépitants fins à la partie supérieure du poumon gauche. Pas de souffle.

4 *février*. — Même état, fièvre vive. On prescrit un vomitif qui est pris dans la soirée.

Dans la nuit du 4 au 5 février, l'enfant est prise subitement d'une *hémorrhagie extrêmement abondante ; un flot de sang s'échappe par la bouche et par le nez* et la mort survient en quelques minutes.

Autopsie le 6 février. — Rien dans la plèvre droite. Du côté gauche, le poumon, par sa face externe, son bord postérieur et même en avant, *adhère très fortement* aux parois thoraciques. La cavité pleurale a presque entièrement disparu. Dans le poumon droit, on trouve, à la coupe, un grand nombre de granulations tuberculeuses de la grosseur d'une tête d'épingle, disséminées un peu partout, mais elles sont surtout abondantes à la base. Le poumon surnage. Dans le poumon gauche, il existe une caverne de la grosseur d'une noix ; elle est située au centre du lobe supérieur. Au pourtour de cette caverne, à parois très irrégulières, on remarque un grand nombre d'amas tuberculeux de volume variable ; autour de ces noyaux, le tissu pulmonaire, dense, nettement hépatisé ne crépite plus, est friable et gagne le fond de l'eau. Cette caverne est entièrement remplie de sang qu'on enlève avec soin, *et l'on recherche très attentivement, mais en vain, la source de l'hémorrhagie*. Les bronches laissent sourdre quelques gouttelettes de pus et une certaine quantité de sang. Rien dans le larynx ni la trachée. Les *ganglions* du hile des deux poumons sont *très volumineux* et manifestement tuberculeux. La portion gauche du péricarde adhère très solidement au bord antérieur et à la face interne du poumon gauche ; cœur normal. Pas de granulations tuberculeuses dans le péritoine ; pas d'ascite. On trouve quelques tubercules sur l'enveloppe et dans l'intérieur du foie. La rate non augmentée de volume, est parsemée à sa surface d'une grande quantité de granulations qu'on rencontre également dans son parenchyme. *L'estomac, très distendu, renferme au moins un verre et demi de sang noir pris en caillot et moulant, pour ainsi dire, la cavité du viscère. L'intestin est rempli d'une matière noirâtre au niveau du duodénum ; pas d'érosion intestinale*, pas de tubercules, rien dans les ovaires, ni dans les reins. Méninges et encéphale sains.

Observation III. — *Hémoptysie mortelle chez un enfant de 7 mois* (1).

Le Dr Douglas Powell présente un cas d'hémoptysie mortelle chez un enfant de 7 mois ; fait particulièrement intéressant, à cause du très jeune âge du sujet. Depuis 4 mois, l'enfant était atteint d'une toux particulière, spasmodique, ressemblant à celle

(1) Douglas Powell. — Compte rendu de la *Path. Soc. of London*, mardi 19 mai 1874.

de la coqueluche : il présentait une expectoration colorée (?). L'enfant mourut subitement après avoir rendu une certaine quantité de sang *noirâtre*.

A *l'autopsie*, on trouva des lésions de pneumonie tuberculeuse dans le lobe inférieur et dans le sommet du poumon droit. Il existait deux petites cavités dans la partie supérieure du lobe inférieur du même poumon. *Un vaisseau sanguin, entièrement dénudé, noirâtre, érodé à sa partie supérieure, traversait la caverne supérieure : c'était la source de l'hémorrhagie.* Le Dr Douglas Powell ajoute qu'il n'avait jamais vu d'hémoptysie à un âge si peu avancé. Dans l'espèce, la prédisposition héréditaire était évidente, *aucun enfant n'ayant survécu dans la famille* ; le père et le grand-père étaient tuberculeux.

Observation IV (résumée). — *Hémoptysie foudroyante chez une enfant de 2 ans 1/2* (1).

Il s'agit d'une petite fille, Marie D..., âgée de 2 ans 1/2, entrée le 26 février 1877 à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Mathilde, n° 11, service de M. Bergeron:

Enfant très chétive; incurvation prononcée des membres inférieurs; rougeole et bronchite consécutive, trois mois avant son entrée.

En janvier 1877, *après son repas, violent accès de toux et hémoptysie assez abondante*; huit jours avant l'entrée à l'hôpital, *nouvelle hémoptysie*, à la suite du repas. Depuis lors, œdème de la face, sans albuminerie, signes de tuberculose dans les fosses sus et sous-épineuses; fièvre. Etat stationnaire sans aggravation apparente, lorsque quatre jours après son entrée, l'enfant est prise subitement, *en mangeant*, d'une *hémoptysie foudroyante : le sang s'échappait à la fois par la bouche et par le nez.* La mort est survenue en quelques minutes; le ventre s'est presque aussitôt ballonné, et, quelques instants après, en pressant sur la région de l'estomac, on faisait ressortir du sang par la bouche.

A *l'autopsie, adhérences solides* de la plèvre droite; *ganglions volumineux, comprimant* les vaisseaux et les nerfs du médiastin, notamment *tes pneumogastriques*. Lésions tuberculeuses des deux poumons, surtout marquées à droite. Pas d'ulcération vasculaire extrapulmonaire. *Source de l'hémorrhagie inconnue: l'estomac renferme une très notable quantité de sang*, en partie liquide et mélangé aux aliments, en partie pris, en gros caillots noirâtres. Pas de lésions de la muqueuse des voies digestives.

Observation V. — *Hémoptysie foudroyante chez un enfant de 14 mois* (2).

Il s'agit d'un enfant de 1 an et 2 mois, né *de parents très strumeux, ayant toujours été malade depuis sa naissance*. R. W. Foss le vit en 1877, dix jours avant sa mort. Le petit malade était extrêmement amaigri, il toussait et crachait (phénomène inusité chez l'enfant).

A l'auscultation, on entendait aux deux sommets une respiration caverneuse et du gargouillement.

L'enfant paraissait aller mieux, sous l'influence d'une *médication antistrumeuse*, lorsque tout à coup un matin, pendant *un accès de toux*, il rendit environ une pinte de sang et succomba aussitôt.

Foss ne fit pas l'autopsie; il pense du reste qu'elle eut été peu démonstrative dans l'espèce (?), et d'ailleurs, dit-il, le cas est assez intéressant en lui-même à cause de l'âge du malade et de son mode particulier de terminaison.

Observation VI.—*Tuberculose et diathèse hémorrhagique* (3).

Le 8 décembre 1879, un enfant de 4 ans fut apporté à la clinique du professeur Hénoch pour une *hémorrhagie grave par la bouche et par le nez*. Au mois de juillet de la même année, cet enfant, au dire des personnes qui l'amenèrent, avait présenté *de petites taches rouges sur le corps*, accompagnées de fièvre. Le 26 novembre, nouvel accès très violent, puis *nouvelle hémorrhagie buccale et nasale*, qui persista jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'hôpital. L'inspection des cavités d'où s'échappait le sang ne fit découvrir *aucune solution de continuité* des muqueuses. Léger œdème du scrotum, pas d'ecchymoses ni de pétéchies. Température axillaire, 38°,7. Respiration costo-abdominale, pouls fréquent, dépressible à 165. Battements épigastriques prononcés, météorisme considérable, *émission involontaire des matières fécales fétides et noirâtres*, incontinence d'urine, liquide urinaire riche en hémoglobine. Les veines sous-cutanées distendues au point de laisser voir les ramifications les plus fines. L'hémorrhagie fut arrêtée par des applications froides, limonades sulfurique, glace à l'intérieur. Le malade succomba néanmoins le 10 décembre, c'est-à-dire deux jours après son entrée.

A l'autopsie, émaciation considérable, coloration ictérique de la peau et des conjonctives. Au bras gauche, *tumeur de 3 à 4 centimètres de diamètre, au pourtour de laquelle le tissu cellulaire est infiltré de sang.* L'épiploon est le siège de plusieurs foyers hémorrhagiques. Le foie est augmenté de volume, le myocarde est légèrement atteint de dégénérescence graisseuse. Quelques tubercules miliaires au-dessus de l'orifice aortique. Le feuillet séreux de la plèvre est parsemé *de granulations tuberculeuses et de petits foyers hémorrhagiques. Nombreux tubercules disséminés dans le parenchyme pulmonaire.* Les ganglions bronchiques atteignent presque le volume d'une noix. La rate, trois fois plus grosse qu'à l'état normal, est parsemée d'un grand nombre de tubercules. Il en est de même des reins, ainsi que du revêtement séreux du foie, dont les acini sont en dégénérescence graisseuse. *L'estomac contient dans sa cavité deux flocons de sang noirâtre et coagulé.*

Observation VII (résumée). — *Hémoptysie foudroyante chez un enfant de 16 mois* (1).

Il s'agit d'un petit garçon de 16 mois, *maigre, chétif, en pleine misère physiologique; il a toujours été débile et paraissait malade dès sa naissance.* Elevé au biberon ; diarrhée, vomissements.

A l'entrée, signes d'adénopathie trachéobronchique; râles fins disséminés dans les deux poumons.

Etat stationnaire pendant dix jours, puis, tout à coup, *l'enfant remplit un crachoir de sang qui s'échappa par la bouche et par le nez. Deuxième hémoptysie* le lendemain matin; *troisième hémoptysie* plus abondante le surlendemain ; elle enlève le petit malade.

A l'autopsie, adhérence des deux poumons. *Volumineux paquet de ganglions* caséeux dans le médiastin antérieur et dans le postérieur. Lésions de broncho-pneumonie chronique tuberculeuse dans les deux poumons. Caverne dans la partie antéro-inférieure du lobe moyen du poumon droit. Cette caverne est remplie par un caillot de sang rouge, moulé sur les anfractuosités. *Perforation d'une branche volumineuse de l'artère pulmonaire* en communication avec la caverne et par son intermédiaire avec une bronche. Tubercules dans le foie, les reins, la rate et le péritoine.

Observation VIII. — *Hémoptysie mortelle chez un enfant de 3 ans et demi* (2).

C'est l'observation d'un cas d'anévrysme d'une branche intrapulmonaire de l'artère pulmonaire, survenu chez un enfant de 3 ans 1/2, dont la rupture fut suivie d'une *hémoptysie mortelle*. A l'autopsie, on trouva des cavernes, de la pneumonie chronique interstitielle, de la péri-bronchite et de la tuberculose miliaire des poumons, — *un anévrysme de l'artère pulmonaire ouvert dans une caverne*, — de la tuberculose miliaire de la plèvre, de la rate, du foie et des reins, — de la dégénérescence caséeuse des *ganglions* bronchiques et des ulcères tuberculeux de l'iléon.

Observations IX et X. — Becquerel (3) rapporte *deux cas d'hémoptysie par exhalation sanguine* chez des enfants tuberculeux. Pas d'indications, ni d'observations.

(1) Carrie ; — in *Gazette médicale de Paris*, 4 mai 1878.
(2) R. W. Foss; — in *British. med. Journ.*, août 1879.
(3) Jacubasch. — *Jahrb. fur Kinderh.*, Bd. XV. Hefts, 2, 1880.

(1) Cadet de Gassicourt. — *Journal de médecine de Paris*, 21 mars 1886.
(2) Rasmussen. Cite in Chardin. *Thèse de Paris*, 1871.
(3) Becquerel. — *Traité théorique et pratique des maladies des Enfants*, 1842.

Observation XI. — Barthez, cité par Bouchut (1), relate le cas curieux d'une *hémoptysie foudroyante* chez un enfant qui n'avait d'autre lésion qu'*une compression vasculaire* par une *masse ganglionnaire* volumineuse.

Observations XII-XVIII. — West (2) rapporte 7 cas d'hémoptysie mortelle chez l'enfant :

4 cas sans autopsie.

5e *cas.* — Petit garçon de 6 à 7 ans, mort, après neuf mois de maladie, *d'hémorrhagie abondante par le nez et par la bouche.* Lésions importantes des poumons et des ganglions. Aucun vaisseau important n'était perforé, et il fut *impossible de découvrir la source de l'hémorrhagie.*

6e cas. — Petit garçon de 5 ans, *pneumonie* dans le cours d'une tuberculose pulmonaire. *Mort d'hémoptysie; la cause de l'hémoptysie fut impossible à trouver.*

7e cas.— Pas d'âge signalé ; excavation à la partie supérieure du lobe inférieur; la cavité était traversée par un vaisseau dans lequel s'était formé *un anévrysme* dont la rupture avait amené une *hémoptysie foudroyante.*

Observations XIX et suivantes. — Hénoch et Hendrix (3) signalent 12 à 15 enfants phthisiques qui rendaient, dans de violentes quintes de toux, de petites quantités (une cuillerée à bouche) de sang pur, et citent une observation d'hémoptysie abondante.

Tels sont les cas d'hémoptysie que nous avons pu recueillir, et qui nous ont permis d'ébaucher l'étude de ce syndrome chez l'enfant.

Il s'agissait tout d'abord de limiter notre sujet et de tout ce que nous avons lu et vu, nous croyons pouvoir diviser les hémoptysies chez l'enfant en deux grandes classes : 1° *Les hémoptysies non tuberculeuses*, comprenant celles qu'on rencontre dans le cours de la coqueluche, des fièvres éruptives hémorrhagiques, de la syphilis, etc. ; ces hémoptysies sont bien connues et signalées par tous les auteurs, nous n'avons pas à nous en occuper. 2° *Les hémoptysies tuberculeuses* qui se subdivisent en deux ordres bien distincts : *a*) celles qui ont une *origine extra-pulmonaire* : c'est dans ce cadre qu'il faut faire entrer les hémorrhagies dues à la perforation des gros vaisseaux du médiastin par des ganglions dégénérés ; les deux cas rapportés par Berton en sont le type. *b*) Celles qui ont une *origine intra-pulmonaire* : ce sont ces dernières qui nous occuperont surtout.

Une autre question importante à délimiter c'est l'âge des enfants, ceci nous paraît assez difficile : on a bien pris certaines limites un peu arbitraires pour diviser les enfants en enfants du 1er âge, du 2e âge, etc., la limite n'existe pas en fait et nous prendrons 7 ans comme âge maximum. Il semble, en effet, que la tuberculose soit plus fréquente à partir de cet âge et revête alors les mêmes caractères que la tuberculose de l'adulte ; en outre Hutinel (4), dans sa thèse inaugurale inspirée par Parrot, a démontré que le système veineux jouait un rôle capital dans la pathologie infantile jusqu'à la eptième année. Notre sujet se limite donc ainsi :

Hémorrhagies tuberculeuses d'origine intra-pulmonaire chez les enfants au-dessous de 7 ans.

Etiologie et mécanisme.—Nous n'insisterons que très peu dans cette étude de l'hémoptysie chez l'enfant sur les causes banales d'âge, de sexe, etc. : nos observations sont malheureusement trop peu nombreuses pour que nous puissions formuler une loi étiologique. Nous nous bornerons au relevé brutal des faits. Sur les 30 cas mentionnés dans ce travail, 10 seulement présentent une indication d'âge, et nous trouvons : 4 mois, 7 mois, 14 mois, 16 mois, 2 ans, 2 ans 1/2, 3 ans 1/2, 4 ans, 5 ans et 6 ans.

Le sexe, à cette époque de la vie, nous paraît devoir être indifférent ; néanmoins, nous relevons une prédominance marquée du sexe masculin puisque sur 10 observations où le sexe a été noté, on trouve 7 cas d'hémoptysie chez les garçons contre 3 seulement chez les petites filles, contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte.

L'alimentation ne paraît pas avoir d'influence nette : néanmoins nous pensons qu'un enfant nourri exclusivement au sein, ayant toutes les chances possibles d'échapper à l'athrepsie, doit être moins prédisposé à la tuberculose d'abord, à l'hémoptysie ensuite.

Comme cause déterminante de l'accident hémoptysie, nous avons trouvé un vomitif (?) (obs. II), des accès de toux (obs. IV et V), l'influence du repas (obs. V), un accès de fièvre (obs. VI).

Les maladies antérieures nous paraissent agir surtout sur la tuberculose, dont elles peuvent hâter le développement chez les sujets prédisposés ; moins peut être sur le phénomène hémoptysie qu'elles ne déterminent que d'une façon indirecte. La rougeole, la varicelle ont été notées dans nos observations.

Un fait nous a frappés en poursuivant l'étude de l'hémoptysie chez les jeunes enfants. On disait autrefois que la tuberculose n'existait pas dans le premier âge, ou du moins qu'elle était absolument exceptionnelle. On s'expliquait alors aisément l'absence de l'hémoptysie ; mais aujourd'hui il semble démontré (et les travaux de Damaschino (1), de Lannelongue (2), de Landouzy (3), de Queyrat (4), de Flesch (5), en font foi), que cette maladie est presque aussi fréquente chez les jeunes enfants que chez les adultes. On a donc le droit de se demander pourquoi l'hémoptysie reste rare, pour ne pas dire exceptionnelle. Sans doute, on peut invoquer l'intégrité du système vasculaire de l'enfant qui n'a encore subi aucune cause de déchéance organique ; on peut croire que chez eux la tuberculose affecte généralement une forme spéciale, plus aiguë, plus rapide, qui les tue avant que l'hémoptysie puisse avoir lieu ; mais alors ce phénomène ne devrait jamais s'observer, et cependant il existe, puisque nous rapportons dans ce travail une trentaine de cas d'hémoptysie, qu'il en existe sans doute un grand nombre d'autres, et qu'enfin un certain nombre de cas ont passé inaperçus ou n'ont pas été signalés. Il faut donc qu'il y ait une cause spéciale à ces hémorrhagies. *Nous croyons qu'il faut attribuer cette cause à une maladie spéciale agissant précisément sur ce système vasculaire qu'il rend caduque, ou du moins qu'il altère suffisamment pour en faire un système vasculaire plus âgé, un système vasculaire d'adulte; cette maladie c'est la* syphilis.

(1) Barthez, cité par Bouchut.—*Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, 1867.

(2) West. — *Leçons sur les maladies des enfants*, 1871.

(3) Henoch et Hendrix.—*Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1885

(4) Hutinel.— *Troubles de la circulation veineuse chez les enfants et les nouveau-nés en particulier.* Thèse de Paris. 1877.

(1) Damaschino.— *Note sur la tuberculose des enfants à la mamelle*, in Soc. méd. des Hôpitaux, 3 mai 1886.

(2) Lannelongue.— *Tuberculose externe congénitale et précoce. Etudes clin. et expériment. sur la tuberculose publiées par M. le Pr Verneuil.* Masson, 1887.

(3) Landouzy et Queyrat. —*Revue de médecine*, 10 mai 1887.

(4) Queyrat. — *Thèse de Paris*, 1886.

(5) Flesch. — *Ueber die Tuberculose des ersten Kindheit* ; in *Iahrb. fur Kinderh.*, XXV, 830, 1887.

Herz (1), Eppstein (2), Behrend (3), Mrarec (4), ont étudié les effets de la syphilis sur les nouveau-nés : ces auteurs arrivent à cette conclusion qu'en cas de syphilis maternelle, on observe dans l'organisme infantile des maladies vasculaires intra-utérines dans lesquelles les capillaires, les vasa-vasorum, les petites ou moyennes artères et veines, deviennent le siège d'altérations anatomiques qui entraînent des troubles locaux de la circulation et, par suite, des extravasations sanguines et des hémorrhagies.

E. Schutz (5), en décrivant les lésions des vaisseaux d'un nouveau-né syphilitique hémorrhagique, insiste sur la diminution de la lumière des artères par hypertrophie de la tunique interne, par l'épaississement de l'adventice dû à l'hyperplasie de ses couches et à l'adjonction de couches concentriques de cellules jeunes.

Hartmann et Pignot (6), se rallient à l'opinion de Behrend et admettent l'existence d'hémorrhagies diverses dépendant de la syphilis héréditaire ; Balzer et Grandhomme (7) en décrivant les broncho-pneumonies syphilitiques chez le fœtus et le nouveau-né, admettent plusieurs propositions qui nous paraissent des plus importantes au point de vue de notre sujet. Ces auteurs ont retrouvé en effet, *dans les vaisseaux du poumon*, les lésions que Schutz, Mrarec, Behrend, etc., avaient décrites dans d'autres territoires vasculaires.

Epaississement scléreux très considérable dans la tunique adventice des artères ; les gros vaisseaux n'offrent pas de tendance à l'oblitération et les lésions de l'endartère sont peu importantes. Il n'en est pas de même des petits vaisseaux dont plusieurs sont oblitérés ou en voie d'oblitération par le fait de l'endartérite.

A côté de ces faits anatomiques, nous citerons un fait clinique important : c'est une observation publiée dans la thèse d'Hutinel (8), elle nous paraît des plus probantes et nous la résumons d'autant plus volontiers qu'elle semble rentrer dans notre sujet, les lésions pulmonaires, l'exsudat pleurétique, nous paraissant pouvoir être mis sur le compte de la tuberculose, bien que l'auteur n'en fasse pas mention.

Obs. — *Syphilis. — Athrepsie. — Thromboses veineuses. — Lésions pulmonaires et rénales.*

D..., Joséphine, entre le 11 avril 1875 dans le service du Dr Parrot avec de la syphilis vaccinale, du coryza et des éruptions spécifiques. Diarrhée abondante, amaigrissement, muguet et mort le 30 avril. Avant de mourir, l'enfant avait rendu par *le nez et par la bouche une assez grande quantité de sang.* A l'autopsie on trouve l'estomac rempli *d'une grande quantité de sang* sans altération de la muqueuse gastrique. Le larynx et la trachée sont pleins de sang. Dans le sommet du poumon droit quelques lobules solidifiés. Tout le lobe inférieur du poumon gauche est malade. *Exsudat pleurétique. Cavité du volume d'un noyau de cerise rempli d'un liquide puriforme et sanieux.*

Nombreux d'ailleurs sont les cas d'hémorrhagies, chez les syphilitiques, jeunes ou vieux, jeunes surtout, et ces hémorrhagies sont parfois le seul symptôme de la syphilis, dans d'autres cas, elles surviennent chez les syphilitiques à l'occasion de troubles accidentels passagers ou durables.

En présence de cette dégénération qui frappe le système vasculaire de l'enfant, de par la syphilis, dégénération qui se retrouve notamment dans les vaisseaux du poumon, on s'explique aisément que la tuberculose, intervenant, soit très capable de déterminer chez les jeunes enfants syphilitiques l'accident *hémoptysie*, qui n'est signalé en aucune façon dans tous les travaux que nous avons cités.

Malheureusement nos observations ne sont guère probantes, au moins à première vue, à cet égard. Il est évident que les auteurs ne se sont point occupés de la relation qui pouvait exister entre l'hémoptysie et la syphilis et ce n'est qu'après coup que nous y avons songé nous-mêmes.

Néanmoins, en reprenant les faits un à un, nous voyons que dans l'observation I, *tout semble indiquer la syphilis chez la mère.*—Dans l'obs. III, il est dit *qu'aucun enfant n'a survécu dans la famille* : n'est-ce pas là cette polyléthalité caractéristique de la syphilis ? — Dans l'obs. IV, il est spécifié que l'enfant toujours très chétive présentait *une incurvation prononcée des membres inférieurs, bien qu'elle ait été nourrie au sein par sa mère jusqu'à 10 mois.* Ne faut-il pas, sans donner au rachitisme la parenté étroite que lui attribuait Parrot avec la syphilis héréditaire, songer que dans ce cas il pourrait s'agir d'une enfant syphilitique ? — Dans l'obs. V, il s'agit d'un enfant né *de parents très strumeux* et ayant toujours été malade depuis sa naissance ; strume et syphilis vont bien ensemble ainsi que l'état de maladie et de cachexie du petit malade.— Il en est de même de l'observation VII, où il est dit que l'enfant était en *pleine misère physiologique.* — L'obs. VI, celle de Jacubasch, pourrait bien être celle d'un enfant syphilitique, ces *foyers hémorrhagiques multiples*, cette *teinte ictérique*, ces *taches rouges sur le corps*, cette *tumeur du bras gauche* pourraient bien ressortir de la diathèse.—Enfin l'observation que nous avons empruntée à la thèse d'Hutinel (1) nous paraît démonstrative : la *syphilis est évidente* dans ce cas.

Nous pensons donc qu'il faut incriminer la syphilis, et surtout la syphilis de la mère, comme cause principale des hémoptysies qui surviennent dans le cours de la tuberculose infantile. Evidemment il y a des exceptions : tous les enfants tuberculeux et syphilitiques ne sont pas des hémoptoïques ; les enfants tuberculeux et seulement tuberculeux peuvent l'être aussi.

A côté de cette cause morbide, en effet, il en est une autre anatomique pour ainsi dire, qu'il nous faut signaler et qui nous permettra d'expliquer le mécanisme de l'hémoptysie.

La syphilis est, de par son action nocive sur le système vasculaire, très capable de déterminer le phénomène hémorrhagie ; mais elle n'agit pas seule, il est une cause qui intervient puissamment, c'est la facilité avec laquelle le système veineux se prend chez l'enfant du jeune âge. M. Hutinel, inspiré par Parrot, l'a suffisamment démontré dans sa thèse inaugurale.

(1) Herz. — *Hémorrhagies dans la syphilis héréditaire ; Congrès de Gratz*, sept. 1875. *Jahrb. fur Kinderh.*, 9 Bd., 3 Heft.

(2) Eppstein. — *Contribution à l'étiologie des hémorrhagies chez les enfants du premier âge*; in *Œster Jahrb. fur Pædiatrik*, VII Bd., 1887.

(3) Behrend.—*Deutsche Lehrb. fur prakt. Med.*, 1878, nos 25 et 26.—*Lehrb. der Hautkranheiten*, 1883.—*Revue trimestrielle de Derm. et de Syph. Vienne.* 1884, fasc. 1 et 2.

(4) Mrarec. — *Viertel Jarhsch. fur. Derm. und Syph.*, 1887. I. *Centrablatt fur Kinderh.*, 1887, n° 1.

(5) E. Schutz. — *Zur Anatomie der Syph. der Neugeboren Kindern. — Beitrage zur Path. Anat.*, t. II, p. 93, 1880.

(6) Hartmann et Pignot.—*Hémorrhagies et syphilis. Ann. de Derm. et de Syph.*, 25 janv. 1886.

(7) Balzer et Grandhomme.—*Broncho-pneumonies syph. du fœtus et du nouveau-né* ; in *Revue mensuelle des Mal. de l'enfance*, nov. 1886.

(8) Hutinel. *Loc. cit.*

(1) Hutinel. *Loc. cit.*

D'après ces auteurs, les coagulations veineuses sont fréquentes chez les enfants du premier âge, surtout dans les veines profondes et notamment dans l'artère pulmonaire; l'athrepsie, les maladies débilitantes en sont la cause ordinaire.

Toutes les maladies capables de déterminer une altération du sang, un ralentissement de son cours, un rétrécissement du champ respiratoire, sont capables de produire ces coagulations veineuses; or, dans nos observations, que trouvons-nous? La tuberculose et la syphilis, maladies générales très capables d'amener l'altération du liquide sanguin, des ganglions thoraciques volumineux qui certainement gênent par compression le cours de ce liquide, des adhérences pleurales souvent complètes, des lésions tuberculeuses étendues qui empêchent l'ampliation pulmonaire et rétrécissent le champ de l'hématose; tous ces processus amènent l'asphyxie; des coagulations se forment dans l'artère pulmonaire, il se fait des congestions passives en amont de l'obstacle, la tension sanguine est augmentée et les parois vasculaires rendues moins résistantes par la syphilis, cèdent à l'effort et laissent échapper le sang: *l'hémoptysie est constituée.* Peut-être faut-il ajouter des lésions des nerfs trophiques dues à leur compression par des ganglions toujours volumineux.

En résumé, nous nous trouvons en présence de deux ordres de faits: dans un premier ordre, c'est la syphilis qui fait tout le mal et détermine dans l'économie des petits malades tuberculeux, des lésions dont l'aboutissant dans l'espèce est l'hémoptysie et cela s'explique d'autant plus aisément qu'elle peut à elle seule, déterminer cet accident. Dans un second ordre de faits, plus rares à notre avis, où la la syphilis n'intervient pas, la tuberculose seule agit, grâce à la susceptibilité réactionnelle du système veineux de l'enfant vis-à-vis des maladies débilitantes.

(*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

Description d'un cas dans lequel l'accouchement n'a déterminé, chez une primipare, que de légères fissures de l'orifice hyménal;

Par P. BUDIN.

Lorsqu'une femme a eu des rapprochements sexuels, son hymen ou orifice vaginal présente en général de petites déchirures (1). Ces fissures n'arrivent pas à entamer la muqueuse vulvaire, il en résulte que les diverses parties, qui formaient auparavant le cercle hyménal, restent appliquées les unes contre les autres: on en reconstitue très facilement l'ensemble. Ces débris de l'orifice vaginal, séparés par des fissures, forment les *caroncules hyménales*. Parfois, cependant, les rapports sexuels ne déterminent aucune lésion de l'hymen qui demeure absolument intact

Après l'accouchement, l'aspect de l'orifice vaginal est absolument changé: on ne trouve plus de cercle complet ou seulement fissuré; il existe au contraire de notables pertes de substance. La vulve se continue à plein canal avec le vagin. L'hymen, par un mécanisme que nous avons étudié, a disparu en grande partie et ses débris, séparés les uns des autres par des intervalles plus ou moins grands, forment alors les *caroncules myrtiformes*.

(1) P. Budin. — *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal.* (*Prog. médical*, août 1879 et *Obstétrique et Gynécologie*, p. 270 et suivantes, 188..

Peut-il y avoir accouchement à terme ou près du terme sans que l'hymen soit rompu? L'extensibilité des tissus, accrue par l'état de grossesse, peut-elle être telle qu'elle permette le passage d'un fœtus vivant et viable, sans qu'il en résulte aucune lésion? Nous avons publié des cas dans lesquels le fœtus étant mort et macéré, l'expulsion avait eu lieu aux environs du 8e mois et l'orifice vaginal était demeuré intact (1); une fois même, nous avions été obligé d'introduire la main dans la cavité utérine pour pratiquer la délivrance artificielle; mais nous ne connaissons pas jusqu'ici d'exemple réellement concluant dans lequel un accouchement à terme a eu lieu sans rupture de l'hymen. Il faudrait, en effet, que l'orifice vaginal pût, sans se déchirer, laisser passer un enfant dont le diamètre sous-occipito-frontal mesurerait de 10 à 11 centimètres; il faudrait donc qu'il parvînt à former un cercle de 30 à 33 centimètres. Cela nous semble bien difficile. L'hymen est cependant parfois très extensible, nous en donnerons comme preuve l'observation suivante:

La nommée B..., âgée de 19 ans, couturière, entre à la Charité le 31 mai 1886. Elle est de taille moyenne et de bonne constitution. Elle n'a été réglée qu'à 18 ans; peu de temps après, elle a commencé à avoir des rapports sexuels et elle est devenue enceinte. Sa dernière époque menstruelle date du 20 août 1885. La grossesse n'a rien présenté qui mérite d'être signalé et l'accouchement s'est terminé le 31 mai, à 9 h. 50 du soir; le travail avait duré 20 heures. L'enfant s'était présenté par le sommet, en position O. I. D. P. qui s'était réduite spontanément: il paraissait arrivé près du terme, mais était petit et ne pesait que 2.450 grammes. La mensuration des diamètres de la tête a donné les chiffres suivants: D. occipito-mentonnier, 12 centimètres 5; D. occipito frontal, 10,5; D. sous-occipito-bregmatique, 10; D. Bipariétal, 8,75; D. Bitemporal, 8.

Fig. 19. — Orifice vaginal chez une femme accouchée à terme ou presque à terme, l'enfant vivant. Il n'existe que deux petites fissures. — Reproduction photographique.

La délivrance fut naturelle et l'examen des organes génitaux externes montra qu'ils avaient conservé leur intégrité presque complète, il ne s'était produit sur l'orifice vaginal que deux petites fissures en arrière et en bas. (*Fig.* 19.)

(1) P. Budin. *Nouvelles recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal.* In *Obstétrique et Gynécologie*, p. 320 et 321. 1885.

L'hymen avait une forme annulaire, les cinq sixièmes environ de son pourtour étaient absolument intacts, ils étaient formés par tout le bord latéral gauche, par le bord supérieur et par les parties supérieure et moyenne du bord latéral droit.

Une des fissures se trouvait en arrière sur la ligne médiane: l'autre était à quelques millimètres de là, le long du bord droit de l'hymen; entre ces deux fissures se trouvait donc la petite portion qui complétait le cercle hyménal. La fissure médiane et postérieure arrivait presque jusqu'à la muqueuse vulvaire, c'est-à-dire jusqu'à la circonférence externe de l'hymen; l'autre fissure, au contraire, était un peu moins profonde. Il n'y avait donc, à proprement parler, aucune lésion de la muqueuse vulvaire.

Si on renversait de dedans en dehors les bords de l'hymen, on constatait que les deux fissures se continuaient un peu plus loin, vers la paroi postérieure et vers la paroi latérale droite de la muqueuse vaginale.

La *Fig.* 19 est la reproduction exacte d'une photographie qui a été prise le 12 juin, c'est-à-dire douze jours après l'accouchement. La femme se trouvant tout à fait bien portante a voulu quitter l'hôpital à cette date. L'enfant avait d'abord diminué de poids; le 11 juin, il pesait 2.000 grammes; le 12 il commençait à augmenter, son poids était de 2.030 grammes. Il était nourri au sein par sa mère. Le 12 juin, les diamètres de la tête étaient les suivants: D. occipito-mentonnier, 11 centimètres 75; D. maximum, 12,2; D. occipito-frontal, 10,75; D. sous-occipito-bregmatique, 9,2; D. Bipariétal, 8,3; D. Bitemporal, 7,5.

Ainsi donc, dans ce cas, la femme était accouchée à terme ou près du terme, d'un enfant bien portant. L'hymen, il est vrai, n'était pas resté absolument intact, il présentait sur son cercle interne deux petites fissures analogues à celles qu'on rencontre parfois après les premiers rapports sexuels, mais son cercle externe était demeuré complet.

Etant donné les modifications profondes que l'accouchement détermine habituellement du côté de l'orifice vaginal, il eut été certainement impossible de croire, d'après le seul examen des organes génitaux externes, que cette femme avait mis au monde un enfant vivant, viable et du poids de 2.450 grammes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique des maladies nerveuses: M. le Pr Charcot.

C'est le 18 novembre que M. le professeur Charcot a commencé ses leçons du vendredi, celles du mardi ayant été reprises depuis plusieurs semaines déjà. On sait qu'au point de vue du plan et de la forme ces leçons diffèrent très notablement. Celles du mardi sont, comme le dit le Professeur lui-même, organisées de façon à donner plus spécialement l'image de la clinique journalière « imaginem belli » avec toutes ses surprises, toute sa complexité, toutes ses incertitudes parfois, et celles-ci meme, le Professeur, quand il y a lieu, ne craint pas de les proclamer, enseignement suprême que celui d'un Maître qui sait ne pas savoir.

Pour éviter la perte de temps, une liste rapidement dressée au moment où les malades arrivent à la salle de consultation contient purement et simplement le nom de l'affection qu'un examen sommaire a permis à l'interne du service de reconnaître: sur cette liste, M. Charcot choisit au fur et à mesure un ou plusieurs noms, suivant qu'il veut étudier les cas isolément ou grouper ceux qui sont plus ou moins analogues, et il examine alors avec méthode chacun de ces malades absolument inconnus pour lui. Les assistants peuvent d'autant mieux suivre pas à pas les diverses opérations logiques par lesquelles on arrive à la connaissance du diagnostic, que le Maître s'applique à les décomposer devant eux, à leur en démontrer lentement le mécanisme.

Le vendredi, au contraire, ce n'est plus une conférence c'est une leçon magistrale toujours en présence du malade, bien entendu, mais d'un malade soigneusement fouillé, étudié souvent depuis des semaines ou des mois. Vendredi dernier, M. le professeur Charcot a montré un nouveau cas d'*hystéro-traumatisme* chez l'homme, présentant à un degré des plus remarquables tout ce tableau si singulier et si caractéristique que le savant médecin de la Salpêtrière a le premier reconnu et décrit: ce malade, à la suite d'une chute faite au mois d'avril dernier, avait présenté des accidents très marqués que des chirurgiens distingués avaient pensé devoir rapporter à l'existence d'un mal de Pott; ce n'est qu'en présence de certains phénomènes, tels que des attaques convulsives, une anesthésie à limites particulières, etc..., que ce diagnostic fut mis en doute et M. le professeur Charcot appelé à se prononcer. Nous n'insisterons pas davantage sur l'histoire de ce malade, car la démonstration complète de ce cas fera l'objet d'une ou deux autres leçons et probablement d'une publication ultérieure. Le succès des leçons de M. Charcot est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'enregistrer ici l'accueil chaleureux qui leur est fait.

Nouveautés thérapeutiques.

Les journaux anglais et américains s'occupent, depuis un certain temps, de quelques médicaments nouvellement introduits dans la thérapeutique et qui paraissent donner d'excellents résultats. La *Strophantine* ou l'*inée* est surtout l'objet de nombreuses communications et de sérieuses expérimentations. Elle commence à être aussi introduite en France, et il est étonnant qu'elle attire si tard l'attention si l'on songe que c'est en France qu'on l'a étudiée pour la première fois. Il en est malheureusement de cette découverte comme de beaucoup d'autres qui, faites par des Français, ont été négligées par eux et ne nous sont revenues qu'après avoir été exploitées par l'étranger qui oublie même quelquefois d'en rappeler l'origine.

L'*Inée*, principe actif du *Strophantus hispidus*, a été étudié pour la première fois, en 1865, par Vulpian et Pélikan, qui présentèrent à l'Académie des sciences un mémoire sur son action physiologique; puis Fraser (d'Edimbourg) poursuivit cette étude en 1869 et 187?. En 1877, Hardy et Gallois l'examinèrent au point de vue clinique. Et enfin ce fut de nouveau Fraser, en 1885, qui l'appliqua définitivement dans la thérapeutique comme tonique du cœur. Au point de vue botanique le strophantus appartient à la famille des Apocynées. C'est une plante grimpante qu'on rencontre dans toutes les contrées tropicales en général et particulièrement dans les parties centrales de l'Afrique, ainsi qu'à Java et à Sumatra. Les fruits du strophantus ont une enveloppe cotonneuse qui renferme environ 200 à 300 graines. C'est d'elles qu'on retire le principe actif. Le strophantus hispidus, nom que lui a donné de Candolle, a reçu bien d'autres appellations, telles que inée qui est la plus répandue, kombé et onaye pour ne citer que les principales. Les premières recherches de Pélikan et Vulpian montrèrent que l'inée agit comme poison du cœur. Il agit non seulement sur la fibre cardiaque, mais aussi sur toutes les fibres musculaires striées ou lisses. La mort survient par paralysie du cœur, par le fait de la cessation de la circulation. MM. Polaillon et Carville, qui

ont repris les expériences précédentes, ainsi que Fraser, ont montré que cette action de l'inée étudiée seulement sur les grenouilles, était la même pour d'autres animaux et en particulier pour les mammifères. Non seulement le cœur mais tous les muscles sont atteints. Après disparition des réflexes, les excitations de toute nature et de toute intensité sont sans effet sur les muscles. De plus, l'inée agit par simple contact et détruit la contractilité du muscle sur lequel on la place. L'injection de strophantine détermine d'abord de la dyspnée, de l'irrégularité dans le rythme respiratoire, puis de l'affaiblissement musculaire. Surviennent ensuite des vomissements bilieux. En même temps, irrégularité du cœur, qui après s'être accéléré se ralentit, puis s'accélère de nouveau un peu avant la mort. L'intelligence est conservée jusqu'au dernier moment. Deux théories existent pour expliquer l'action de l'inée : la théorie musculaire soutenue par Carville et Polaillon, pour qui le cœur est touché le premier, et la théorie nerveuse, soutenue par Pélikan, et plus récemment par M. Gley ainsi que par M. Lépine, pour lesquels l'inée agit certainement sur le système bulbo-médullaire, action manifestée ainsi que l'a fait observer Langaard par la faiblesse générale du sujet lorsqu'on emploie une dose un peu forte. Enfin, dans la séance du 8 novembre 1887, à la Société de biologie, MM. Mairet, Combemale et Grognier, repoussent ces deux opinions et pensent que le strophantus agit à la façon des irritants, et que la diurèse qu'il provoque est due, non à une augmentation de pression, mais à une irritation rénale. On ne comprend guère, en effet, comment le strophantus peut provoquer la diurèse, ainsi qu'on le constate cependant dans les affections cardiaques, si l'on admet que la diurèse est due à une augmentation de pression, laquelle est incompatible avec la paralysie cardiaque produite par la strophantine. La forme sous laquelle on emploie le strophantus en thérapeutique est la teinture de semences, quoique le principe actif soit aussi rencontré dans l'écorce de l'arbre, mais en beaucoup moindre quantité. Cette teinture a une couleur verte et a un goût très amer, ce qui est le principal inconvénient. Fraser la donne à la dose de 2 à 4 gouttes ; mais, pour plus de commodités, il conseille d'employer une teinture au 20[e] permettant de porter la dose de 5 à 10 gouttes. L'action thérapeutique de cette teinture est d'une rapidité extrême et beaucoup plus considérable que celle de la digitale, elle est telle que les malades en ressentent les effets bienfaisants en moins d'une heure. Elle est particulièrement indiquée dans les diverses affections valvulaires et surtout à la période d'asystolie. Mais on a étendu encore le champ de son emploi et le strophantus a été essayé dans toutes les affections cardiaques, telles que dégénérescence graisseuse du cœur, endocardite aiguë du rhumatisme. Dans le mal de Bright, il paraît devoir donner d'excellents résultats. L'athérome en est justifiable aussi, ainsi que les hydropisies résultant de cirrhoses du foie. Enfin dans l'anémie, la chlorose, il trouverait aussi son emploi utile. En somme, dans tous les cas d'affaiblissement du myocarde, même dans les affections infectieuses on a conseillé, avec preuves à l'appui, l'emploi du strophantus.

M. le P[r] Lépine (de Lyon) vient, dans une leçon récente, d'étudier à son tour le strophantus. Pour lui, il élève, *mais non constamment*, la tension artérielle. Peut-être agit-il en augmentant le volume de l'ondée lancée par le ventricule gauche. Il a de plus constaté que dans la majorité des cas il y a une diminution de l'impulsion cardiaque coïncidant avec la cessation des palpitations ainsi qu'il a observé avec le D[r] Haas (de Prague).

Telle qu'on nous la représente, l'inée paraît être plus qu'un succédané de la digitale, mais semble presque destinée à la remplacer. Il est fâcheux que seules les maisons anglaises et américaines soient en mesure d'en fournir et qu'il soit très difficile de s'en procurer en France sans la faire venir de l'étranger. Cet état de choses n'est pas fait pour en faciliter la vulgarisation et l'expérimentation.

Le sort qu'a eu le strophantus en France paraît aussi avoir été celui de la papoïde dont les journaux américains s'occupent en ce moment. M. d'Arsonval signalait, en 1878, ses principales propriétés physiologiques. M. Bouchut la présentait ensuite sous forme d'une poudre blanche, à laquelle il accordait les mêmes qualités qu'à la pepsine végétale, et qu'il appelait papayine à cause de son origine. On la tire, en effet, du Carica papaya, plante de Java et de l'Amérique du sud. Wurtz l'étudie et, comme M. Bouchut, la propose comme pepsine végétale, destinée à remplacer la pepsine animale. Tombée dans l'oubli, en France, son étude est reprise en Allemagne où, en 1884, au congrès de Wiesbaden, cette propriété de pepsine végétale fut pleinement prouvée. Rossbach, en 1885, puis Finkler en 1886 et en 1887, l'étudièrent spécialement. C'est à ce dernier qu'est dû le nom de papoïde qui lui est resté. Rossbach la décrit comme capable de dissoudre les fausses membranes de la diphthérie, et Finkler surtout comme ferment digestif. Willard Morse, dans le *Cincinnati Lancet Clinic* du 17 septembre 1887, établit qu'elle stimule les glandes pepsiques, et augmente la production du suc gastrique, qu'elle a une action antiseptique empêchant la fermentation et la décomposition par sa présence. Elle dissout son poids de fibrine fraîche. Elle aurait son emploi indiqué dans la dyspepsie acide et atonique. La dose est de 2 à 5 grains après ou durant le repas. Elle est également utile dans les états bilieux, dans la gastralgie, dans l'anorexie, la boulimie, et tous les désordres digestifs en général.

L'*Inula helenium* n'est pas une nouveauté thérapeutique puisque la racine de cette plante était déjà employée par Galien, Celse, Paul d'Egine, Dioscoride, Avicenne, etc., etc. Mais ce qui est nouveau, c'est le rôle antiseptique qu'on fait jouer au principe actif, l'hélénine, qu'elle renferme. Ce pouvoir antiseptique serait considérable et quelques auteurs recommandent l'hélénine dans la diphthérie, et surtout dans la phtisie, car ce principe en solution aurait le privilège de détruire le bacille de la tuberculose. On l'emploierait également avec avantage dans la pneumonie.

Après avoir jeté un coup d'œil sur ces substances de la thérapeutique médicale, terminons par un succédané de la cocaïne, la *Sténocarpine* qui serait un anesthési-

que local utile dans certains cas chirurgicaux, et particulièrement en ophthalmologie. En même temps qu'elle anesthésie la cornée elle dilate la pupille, et a, par conséquent, les doubles propriétés de l'atropine et de la cocaïne. Il est vrai que son pouvoir anesthésique et dilatateur est moins considérable que celui de ces deux substances. Mais, néanmoins, son emploi peut être utile dans certains cas où l'on veut obtenir à la fois la dilatation pupillaire et l'anesthésie oculaire. Son étude, du reste, est encore très rudimentaire et a besoin d'être approfondie avant qu'on puisse rien affirmer de définitif à son sujet. P. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 *novembre* 1887.— PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. MAYET donne la composition d'un *nouveau sérum artificiel, destiné à la dilution du sang pour la numération des globules.* Ce liquide est formulé de : Eau distillée, 100 grammes ; phosphate neutre de sodium anhydre et pur, 2 grammes ; sucre de canne, q. s. pour élever la densité du liquide à 1.085. Ce sérum artificiel est très conservateur de la forme des éléments; il ne présente pas les inconvénients des autres liquides employés jusqu'à présent.

M. BOUCHERON établit qu'il existe une *épilepsie d'origine auriculaire,* présentant toutes les variétés cliniques d'épilepsie, grand mal et petit mal, et même la forme hystéro-épileptique. Le point de départ est l'excitation du nerf acoustique produisant, à distance, une influence perturbatrice sur le bulbe rachidien et l'encéphale, de la même manière que, dans l'épilepsie décrite par Brown-Séquard, l'excitation du trijumeau produit le syndrome épileptique. L'une des affections épileptogènes les plus intéressantes à connaitre, c'est l'otopiésis par obstruction de la trompe d'Eustache. L'examen et la cure de l'oreille sont donc à mettre en œuvre, surtout au début des affections nerveuses symptomatiques.

M. EUG. DUPUY conseille *l'emploi de l'antipyrine contre le mal de mer.* Comme c'est la moelle allongée qui semble atteinte dans le mal de mer (nausées, vertiges, vomissements, sueurs froides, etc.), M. Dupuy a eu l'idée de faire prendre de l'antipyrine à la dose de 3 grammes par jour pendant trois jours avant l'embarquement et pendant les trois premiers jours de la traversée. Les personnes auxquelles il a conseillé ce remède et qui auparavant souffraient terriblement du mal de mer ont été épargnées dans leur dernière traversée de l'Atlantique.

M. P. MÉGNIN, *étudiant la faune des tombeaux,* a reconnu, à l'occasion des exhumations dirigées par M. le professeur Brouardel, que les cadavres inhumés sont dévorés par des vers, comme les cadavres qui sont abandonnés à l'air libre. Ces vers sont les larves d'insectes appartenant à différents groupes (quatre Diptères, un Coléoptère, deux Thysanoures). Comment ces insectes arrivent-ils sur les cadavres inhumés à 2 mètres de profondeur? Les larves de deux diptères ne se trouvent que sur les cadavres enterrés pendant l'été ; leurs œufs ont été déposés dans les ouvertures naturelles des morts (bouche ou narines). Quant aux autres larves, pondues à la surface du sol, elles ont été attirées par les émanations du cadavre et elles ont traversé la couche de terre. Certaines de ces larves ne se trouvent que sur les cadavres gras. Ces faits sont d'une grande importance en médecine légale. PAUL LOYE.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, page 447, ligne 12, il faut lire « M. Luys » et non « M. Lago. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 *nov.* — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. LEVEN estime que la chlorose n'est jamais primitive, mais toujours consécutive à une irritation du système nerveux portant souvent sur le plexus solaire. Ses recherches lui ont, du reste, démontré que lorsque le système nerveux était irrité, le nombre des globules rouges diminuait considérablement ; l'étude des urines lui a fait voir également que le chiffre de l'urée était en décroissance parallèle.

M. MALASSEZ. — M. Leven ne nous parle pas de l'hémoglobine. A l'inverse de ce qui existe dans les anémies, la chlorose peut exister sans une diminution du nombre des globules ; ceux-ci sont parfois augmentés de volume et le contact de l'hémoglobine devient ainsi moindre avec les tissus, d'où cessation des échanges.

M. LEVEN répond que l'hémoglobine a marché de pair avec les autres altérations des principes constitutifs des globules sanguins.

M. Malassez, lit au nom de M. ALBARRAN la rectification suivante. Dans sa réponse à ma communication sur *l'épithélium adamantin du maxillaire supérieur,* M. Magitot nie qu'il s'agisse, dans mes deux observations, de tumeurs ayant pénétré dans l'intérieur du sinus maxillaire. D'après lui, la paroi antérieure du sinus a été simplement refoulée. M. Magitot n'ayant pas vu mes pièces, je m'explique difficilement une affirmation aussi catégorique. Pour résumer les faits, je ferai remarquer que lors d'une première opération, M. Le Dentu et mes collègues du service constatèrent que le kyste avait pénétré dans la cavité du sinus et l'avait distendue. On put vérifier la chose pendant les pansements à la gaze iodoformée, qui suivirent l'opération. Dans une seconde opération le malade fut opéré par M. Trélat, qui pratiqua la résection du maxillaire. Pièces en mains, M. Trélat, M. Marchand, son chef de clinique et mes collègues Boiffin et Hamonic, constatèrent que la tumeur remplissait le sinus. Ma première observation, se rapportant non pas à un épanchement de liquide dans le sinus maxillaire, mais bien à un kyste ayant pénétré dans sa cavité, point n'est besoin que l'orifice normal du sinus ait été préalablement oblitéré. Je dirai, en terminant : bien que le simple drainage ait souvent suffi à guérir les kystes adamantins, le fait de leur récidive et de leur transformation en tumeurs malignes doit conduire le chirurgien à une intervention plus radicale.

M. MAGITOT persiste à croire que M. Albarran a mal interprété les faits qu'il a observés. Le sinus maxillaire ne saurait devenir le siège de kystes, puisque c'est une cavité ouverte.

S'adressant à M. Malassez, il nie la théorie soutenue par cet auteur, qui fait naître ces kystes des débris épithéliaux paradentaires, phénomènes que les faits anatomiques et cliniques engagent pieusement à ne pas accepter. Il s'épanche au niveau de la racine un liquide pathologique qui se coiffe du ligament alvéolo-dentaire, lequel forme alors les parois du nouveau kyste.

M. MALASSEZ. — Puisque M. Magitot invoque les faits anatomiques et cliniques, nous lui demanderons où il a montré les pièces sur lesquelles se base son opinion. A son encontre, nous avons soumis maintes fois à la Société des préparations histologiques qui ont fait bonne justice d'une opinion que le microscope a suffi à ruiner complètement.

M. CHOUPPE appelle l'attention de la Société sur les bons effets de l'antipyrine donnée en lavement à la dose de 2 grammes pour combattre les douleurs occasionnées par l'administration du seigle ergoté dans le cas de myomes utérins. L'antipyrine agirait sans préjudice de l'action de l'ergot de seigle.

M. DE SOUZA lit une note sur *la présence d'un os pleural chez les cobayes.*

M. BOUCHER (de Rouen) a observé des phénomènes d'insensibilité pharyngée chez un certain nombre de tuberculeux.

M. HENOCQUE a observé l'action favorable de certaines eaux minérales sur l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine et sur la richesse du sang en oxyhémoglobine.

Election. — M. TROISIER est nommé membre titulaire de la Société. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. CONSTANTIN PAUL donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument de Tours.

M. P. BERGER fait une communication sur l'*autoplastie par la méthode italienne modifiée.* Ce procédé consiste dans la transplantation sur un ulcère ou sur une cicatrice vicieuse, préalablement avivée, d'un lambeau emprunté à une région éloignée du corps et laissé adhérent à cette région par son pédicule jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir. M. Berger rapporte trois observations nouvelles et présente les malades et des photographies représentant les résultats obtenus. Sur six malades traités par cette méthode, M. Berger a pratiqué neuf opérations, dont huit avec succès.

Election d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. Votants : 84. Majorité 43. Au premier tour de scrutin, M. PÉAN est élu par 47 voix, contre M. Le Dentu, 34 ; M. Périer, 1 ; M. Chauvel, 1 ; bulletin blanc, 1. En conséquence, M. Péan ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. TILLAUX présente un malade âgé de 59 ans et atteint d'une *tumeur du larynx* ; cette tumeur sessile est située au niveau de la corde vocale inférieure droite et rejette en dehors la lame du cartilage thyroïde correspondante. Le 29 juin, la trachéotomie est pratiquée et la transformation du malade fut rapide ; son état général et son affection local se sont améliorés.

M. VERNEUIL fait observer que la survie à la suite de la trachéotomie est plus considérable qu'à la suite de l'extirpation du larynx.

M. RICHET pense, avec M. Verneuil, que la trachéotomie dans les affections cancéreuses du larynx est sur le même rang que l'anus artificiel dans les cas de cancer du rectum.

M. L. LABBÉ remarque que l'extirpation totale du larynx se fait presque toujours tardivement. C'est précisément en raison de cette circonstance que la trachéotomie palliative a donné de si bons résultats. M. Labbé pense qu'on peut, en se conformant aux doctrines qui ont été défendues par tous les chirurgiens, par M. Verneuil lui-même, pour les autres épithéliomas, pratiquer de bonne heure l'extirpation totale du larynx avec chance de succès, surtout lorsque les ganglions lymphatiques n'ont pas encore été envahis. Il est donc difficile de donner actuellement à l'extirpation totale du larynx sa valeur réelle. M. Labbé a fait quatre opérations de ce genre et a obtenu trois guérisons absolues qui ont duré plus ou moins longtemps.

M. HÉRARD donne lecture d'un *rapport sur l'action de l'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie pulmonaire.* Ce travail fut communiqué à l'Académie par MM. Seiler et Garcin. Le rapporteur conclut à l'efficacité de ce traitement contre la phthisie. A. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. HORTELOUP demande au nom de l'Assistance publique l'avis de la Société au sujet de l'établissement de pavillons d'isolement.

M. TERRIER demande s'il s'agit d'isoler les tuberculeux. Qu'est-ce qu'on veut isoler ?

On nomme, pour l'examen de ce sujet, une commission composée de MM. Terrier, Lucas-Championnière et Bouilly, rapporteur.

M. TRÉLAT. — *Suite de la discussion sur les hernies congénitales (cure radicale).* Pour lui, la réunion primitive est seule solide. Il passe en revue les opinions de MM. Terrier, Lucas-Championnière, Segond, sur la cure radicale des hernies. Les hernies irréductibles considérées d'abord par lui comme inopérables, sont à son avis aujourd'hui opérables. La hernie congénitale offre une plus grande gravité, parce que le canal vagino-périnéal reste ouvert et parce que la hernie est sujette à plus d'accidents. Toute hernie devenue irréductible doit être incontinent réduite dans l'abdomen. Aujourd'hui, toute hernie qu'elle qu'elle soit qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage, est justifiable de la cure radicale. La cure radicale est surtout utile parce qu'elle met à l'abri des accidents, plutôt qu'elle guérit radicalement. M. Trélat cite le cas d'une hernie simple opérée par lui le matin même parce qu'après une menace d'étranglement, la hernie s'était reproduite. Peu importe que la hernie soit congénitale ou non. Mais il ne faut pas opérer un enfant, à moins d'accident, car la hernie guérira seule la plupart du temps. La formule générale donnée par M. Lucas-Championnière est une très bonne formule à laquelle il est arrivé après bien des tâtonnements. M. Trélat insiste sur la dissection de la totalité du sac et surtout sur cette dissection au niveau du goulot. Il faut faire la ligature de ce goulot. La dissection doit être minutieuse et se réduire à la séparation d'un mince feuillet; c'est le seul moyen de *remonter* bien haut et d'opposer un obstacle définitif à la reproduction de la hernie. Mais il y a des cas où les éléments du cordon adhèrent au sac et alors la dissection devient difficile ; il vaut mieux choisir alors un procédé moins bon, comme celui du capitonnage de Julliard par exemple, mais plus facile à exécuter. Il a suivi cette pratique il y a quelques années. Lorsque le sac communique avec la vaginale, on la ferme au dessus du testicule pour lui former une nouvelle vaginale. Dans les cas d'ectopie testiculaire, c'est plus difficile, et on ne peut pas donner de règles. Quant aux hernies dites compliquées, il faut faire la cure radicale, car on est sûr d'éviter ainsi les accidents ultérieurs.

M. BERGER rectifie les chiffres insérés dans certains journaux à propos de sa dernière communication.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répond à la communication de M. Berger, qui s'est surtout appuyé sur des statistiques. M. Berger a été très heureux pour ses cas de guérisons par les bandages. M. Lucas-Championnière n'a eu que deux guérisons chez deux petites filles. — Il croit devoir contester cette affirmation de guérison par les bandages. La cure radicale simplifie la guérison. Le danger incriminé par M. Berger dépend des statistiques personnelles. M. Socin a deux cas de mort, mais M. Terrier et lui, qui ont opéré plus de cent fois, n'ont pas de mort. — Il maintient les indications qu'il a formulées : il faut opérer chaque fois qu'il y a accident ou menace d'accident ; et, chaque fois qu'un malade demande à être débarrassé d'une hernie, il ne faut pas le lui refuser, car le bandage est une source d'ennuis. Au sujet de la hernie congénitale, il est aussi partisan de l'opération.

M. TRÉLAT. — Oui, si elle n'est pas complètement, facilement, constamment maintenue par un bandage.

M. POLAILLON présente, au nom de M. DURET, des observations de *deux cas de pieds-bots varus congénitaux et d'origine paralytique.* M. Duret a fait porter la ténotomie sur les tendons rétractés ; mais, n'ayant pas obtenu de résultat, il a eu recours à la tarsotomie.

M. POLAILLON lit un rapport sur un travail de M. CHASSIVARIÈRE, *sur le traitement de l'ongle incarné par la poudre d'indigo.*

M. BERGER présente des malades sur lesquels il a fait l'*autoplastie* de la main, en greffant des parties de peau prises sur le thorax et laissées adhérentes par le pédicule.

M. TERRIER cite des cas de brûlures qu'il a vues à New-York Hospital et pour lesquelles la main brûlée était mise dans une espèce d'ouverture, comme celle d'un gilet, faite sur la peau du thorax.

M. SEGOND présente une *sonde pour lavages intra-utérins.* MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

N. C. PAUL a prié M. Bourru, professeur de l'Ecole de médecine navale de Rochefort, de vouloir bien répéter dans son service ses expériences sur l'action des médicaments à distance. Il a tenu à placer M. Bourru dans les meilleures conditions expérimentales, lui laissant le libre choix des substances et lui abandonnant complètement un sujet des plus sensibles

à l'hypnose. Les expériences ont totalement échoué : l'iodure de potassium a donné lieu à une titubation analogue à celle produite par l'alcool. Il faut excepter toutefois un flacon rempli d'eau de laurier-cerise qui, approché de la personne hypnotisée, a donné lieu à des phénomènes *caractéristiques:* expression de satisfaction, etc. Malheureusement, à l'insu de M. C. Paul, l'eau de laurier avait été remplacée par de l'eau ordinaire la plus vulgaire. Cependant, les flacons étaient tous débouchés (1).

M. BUCQUOY estime qu'en matière d'hypnotisme il faut se tenir dans une juste réserve et ne pas accepter un fait avant qu'il n'ait été minutieusement contrôlé. C'est ainsi que les médecins conviés par M. Luys à la démonstration de la réalité des expériences de MM. Bourru et Burot sont tous convaincus que M. Luys a été trompé par ses sujets. Il faut être très compétent pour conclure en pareille matière. L'Académie a nommé une commission pour faire un rapport sur les expériences de M. Luys, eh bien, le seul membre compétent, M. Charcot, déclare que ces expériences n'aboutiront à aucun résultat par l'étude du journal nerveux, quant aux autres, ils sont tout à fait incompetents. Du reste, il y a mieux à faire : pourquoi ne pas approfondir davantage le traitement des maladies du système nerveux à l'aide de la suggestion.

M. C. PAUL présentera à la prochaine séance un sujet sur lequel on peut étudier assez facilement les phénomènes encore peu connus de la polarité du corps humain.

M. CATILLON lit une note sur le *Strophantus hispidus* ou *Innée.* Il a retiré de cette plante un extrait dont un milligramme pris en granule correspond exactement à 40 gouttes de teinture au 1/8, dose conseillée par Frazer. De cette façon, on évite l'emploi de la teinture qui est fort amère, même lorsqu'elle est très diluée.

M. BARDET a pu se procurer assez facilement des graines de Strophantus en Angleterre. La substance active ou Strophantine serait probablement un alcaloïde provenant du dédoublement d'un glucoside.

M. PETIT. — La strophantine est, dès à présent, dans le commerce ; on pourra s'en procurer facilement, dans tous les cas, elle est de beaucoup préférable aux teintures.

M. BLONDEL lit une note sur les *caractères histologiques différentiels des graines de Strophantus* dont il existe certainement plusieurs espèces. GILLES DE LA TOURETTE.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — CONGRÈS DE TOULOUSE (*fin*).

Section de médecine.

PRESIDENCE DE M. LE Dr PAMARD (d'Avignon).

M. DUPLOUY rappelle le cas bien connu d'un officier de marine, occupant aujourd'hui un grade élevé, et qui était et est encore atteint de cette affection (2); toutefois, chez cet officier, d'ailleurs très distingué, les symptômes se sont atténués avec l'âge.

MM. LÉON et BÉZY ajoutent quelques observations, et M. GRASSET fait ensuite remarquer que les tics nerveux peuvent être d'ordre très différent et qu'il y a un sérieux inconvénient à les confondre.

M. MOSSÉ (de Montpellier) fait une communication *sur l'application du froid dans le traitement de la période algide du choléra.* L'auteur rapporte huit cas, dont trois se sont terminés par la guérison. Il est probable que l'eau froide agit par stimulation du cœur. Il n'est pas indifférent, toutefois, d'appliquer cette méthode dans tous les cas : ceux où elle paraît devoir le mieux réussir sont ceux où la maladie frappe promptement et atteint un individu jeune ; chez les débilités, au contraire, les bains chauds et [illegible] seraient sans doute préférables.

M. CUNÉO (de Toulon) dit que cette méthode a été employée à Toulon, mais avec des résultats [illegible].

M. SERRES (d'Auch) et M. MOSSÉ ajoutent quelques observations.

M. VIEUSSE (de Toulouse) communique un travail *sur l'hydrocèle péritonéo-funiculaire;* il ne connait dans la science que deux cas antérieurs à celui qu'il rapporte; il constate, toutefois, que le diagnostic et le traitement de cette affection sont assez simples.

M. MAUREL (de Cherbourg) fait une intéressante communication *sur le pouls rétro-sternal*; ses recherches l'ont conduit aux conclusions suivantes : 1° Dans un certain nombre de cas on peut, en déprimant les téguments au-dessus de la fourchette sternale, et en suivant le plan postérieur du sternum pendant 1 centimètre environ, sentir de véritables battements auxquels M. Maurel a donné le nom de pouls rétro-sternal. 2° Ces battements se rencontrent parfois chez l'homme sain, mais ils sont beaucoup plus fréquents dans le cours des maladies. 3° Ils paraissent être ceux des artères qui naissent de l'aorte, transmis au tronc brachio-céphalique veineux gauche. 4° Parmi les maladies, il en est quelques-unes dans lesquelles la fréquence du pouls rétro-sternal est telle, qu'on peut la considérer comme un de leurs symptômes. 5° On le trouve fréquemment, surtout dans les affections du cœur et dans la fièvre typhoïde. 6° Sa cause varie; à l'état normal, il faut l'expliquer par une disposition anatomique spéciale. Pour l'état pathologique, on peut invoquer : *a*) un rapprochement mécanique du tronc brachio-céphalique veineux gauche; *b*) une dilatation due à une gêne de la circulation en retour; *c*) une dilatation passive sous l'influence d'une diminution de la tension veineuse; *d*) une insuffsance de la valvule tricuspide. 7° Ce symptôme peut rendre quelques services dans le diagnostic et surtout dans le pronostic de certaines affections. 8° Il constitue un moyen pratique utile pour suivre l'état de la tension veineuse.

M. CUNÉO a observé le pouls rétro-sternal, et pense qu'on le rencontre surtout dans l'impaludisme ; il se rattache d'ailleurs à l'opinion de Lancereaux relative à la fréquence des lésions artérielles chez les palustres ; le traitement antipaludéen fait d'ailleurs disparaitre le pouls rétro-sternal quand il reconnaît cette origine.

M. L. H. PETIT (de Paris) communique un travail *sur le traitement de quelques hémorrhagies par la révulsion sur le foie;* l'auteur rappelle que les faits d'hémostase par révulsion sur le foie, que M. Verneuil avait signalés à l'Académie de médecine, ont été confirmés depuis par de nombreux observateurs. L'explication de ces faits parait devoir être cherchée dans la connexité d'actions réflexes entre divers organes malades.

M. D'ARDENNE (de Toulouse) fait une communication *sur l'action de l'extrait de coca dans le traitement des affections douloureuses de l'estomac;* l'auteur conseille de donner l'extrait de coca à la dose de [illegible] grammes par jour; si l'on est en présence de phénomènes purement gastralgiques, on obtient la guérison; dans les cas de lésions de la muqueuse, l'anesthésie obtenue n'est que passagère.

M. CUNÉO n'a eu qu'à se louer de l'emploi de la cocaïne, non seulement dans les gastralgies avec vomissements, mais encore dans les vomissements réflexes de la grossesse, ainsi que dans ceux de la fièvre typhoïde.

M. JEANNEL (de Toulouse) communique une *observation de pyo-salpyngite tuberculeuse*; dans le cas observé par l'orateur, les lésions étaient sensiblement différentes de celles qu'a décrites M. Cornil à l'Académie de médecine. M. Jeannel résume l'observation de la malade, l'opération qu'il a pratiquée et ses suites; au bout de quelques jours, des signes manifestes de suppuration apparurent; mais la malade s'opposa à une nouvelle intervention chirurgicale et succomba aux progrès rapides de sa tuberculose viscérale. L'auteur termine par quelques considérations sur le diagnostic différentiel de cette affection souvent méconnue.

M. FERRY DE LA BELLONE (d'Apt) lit une *note sur un nouveau procédé de recherche médico-légale du sang.* Ce procédé a pour but de réunir dans un petit volume une quantité aussi considérable que possible des éléments figurés du sang. Si l'on est en présence d'une tache [illegible] sur du linge, on [illegible] à l'aiguille les filaments du linge et on les place dans un petit tube à la surface d'une solution de chlorure de sodium à un millième. Bientôt les éléments se désagrègent et le liquide devient brun rosé; on examine alors ce liquide au spectroscope et l'on trouve les [illegible] de l'hémoglobine. Pour

(1) En 1885, M. Burot est venu expérimenter dans les services de M. Brouardel et de M. Charcot [illegible] que son collaborateur M. Bourru. G. T.

(2) Voir *Progrès méd.*, n° 17.

la recherche des globules, on ajoute au liquide du tube une ou deux gouttes d'une solution concentrée de chloral, et on obtient un précipité rose; on décante ensuite avec une pipette le liquide clair qui surnage, et avec cette pipette, on étale sur une lame porte-objet une goutte du précipité; on passe la lame sur la flamme d'une lampe à alcool, et il se forme un coagulum rougeâtre, duquel se détache un liquide clair que l'on absorbe avec du papier buvard; on colore cette mince pellicule de coagulum à la fuchsine, puis on lave à l'eau. Une goutte d'acide acétique dilué rend la préparation transparente, et les globules apparaissent en rouge vif. L'auteur indique ensuite les petites modifications de procédé auxquelles il faut avoir recours quand le sang à examiner est mélangé à de la terre ou déposé sur la lame d'un instrument. Si l'on veut rechercher les cristaux d'hémine, on prélève, avant de traiter par le chloral, quelques gouttes du précipité mentionné plus haut, et sur une préparation sèche on fait agir à chaud sous une lamelle une ou deux gouttes d'acide acétique cristallisable : les cristaux d'hémine ne tardent pas à apparaître, surtout au moment du refroidissement.

M. André (de Toulouse) communique *deux observations d'anévrysmes aortiques guéris;* l'auteur constate que, malgré les travaux de M. Huchard, l'opinion médicale ne paraît pas encore faite sur la valeur du traitement ioduré dans les anévrysmes aortiques. Aussi désire-t-il faire connaître deux cas d'anévrysmes aortiques qui, sous l'influence de l'iodure de sodium, se sont tellement améliorés, que cette amélioration équivaut à une guérison. Le premier de ces deux cas est un anévrysme simple du tronc cœliaque, dont la guérison a été rapide. Le second, observé chez un malade atteint d'une véritable diathèse anévrysmale, était un double anévrysme de la crosse aortique et l'aorte abdominale.

M. Gillet de Grandmont (de Paris) fait une communication *sur deux formes nouvelles de kératite.* La première est la kératite en sillons étoilés, caractérisée au début par des ulcérations sous-épithéliales d'aspect étoilé; mais cet aspect disparaît bientôt pour faire place à des ramifications plus ou moins profondes, ulcérées, aboutissant parfois au sphacèle, et dont la guérison, toujours lente, doit être demandée aux agents antiseptiques.— La seconde forme est la kératite trabéculaire, qui peut être primitive, secondaire ou provoquée; on la reconnaît à de minces lignes grisâtres occupant le tissu kératique proprement dit; elle est due à des troubles de la circulation lymphatique, est dépourvue de gravité et disparait sous l'influence des traitements les plus simples.

Cette communication donne lieu à un échange d'observations entre M. Stoeber et M. Gillet de Grandmont.

M. Moure (de Bordeaux) présente quelques *considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aiguë.* Les troubles de la voix dans la laryngite aiguë sont plutôt la conséquence d'un trouble musculaire que des lésions matérielles de la muqueuse. — Le gonflement, la rougeur, l'état catarrhal en un mot, produisent l'enrouement simple uniforme, mais n'expliquent pas les variations brusques du timbre de la voix dans le cours de cette affection. — Les muscles le plus souvent atteints sont les muscles aryténoïdiens : c'est surtout la parésie et la paralysie de l'aryténoïdien transverse qui expliquent la raucité de la voix et de la toux et l'aphonie que l'on observe dans la laryngite catarrhale aiguë.

M. Stoeber (de Nancy) traite *du pouvoir convergent binoculaire métrique et de l'angle métrique.* La vision binoculaire ne peut exister que lorsqu'il y a réunion en une seule perception des images rétiniennes. Il y a pour cela nécessité que ces deux lignes de visée soient parallèles, (en cas d'emmétropie et d'absence d'accommodation) et par conséquent à la distance des centres des pupilles maximum. — Quand l'objet se rapproche de l'infini vers l'observateur, il est nécessaire que chaque œil possède l'adaptation optique à la distance de l'objet, ce qui est indispensable pour la netteté de l'image, mais il faut encore que les deux lignes de visée soient dirigées sur l'objet fixé par la fusion en une seule sensation des images propres à chacun des yeux. Cette direction des lignes du regard, qui varie avec la distance qui sépare l'œil de l'objet s'appelle convergence, et le rapport de deux positions extrêmes, c'est-à-dire depuis l'infini jusqu'au point le plus rapproché de la vision binoculaire distincte sera le pouvoir de convergence. Toute ligne du regard qui est dirigée sur un point rapproché fait avec la ligne de l'infini un angle de convergence ou angle métrique. La mesure de cet angle se fait avec l'ophthalmodynamomètre de Landolt. Tous les yeux, emmétropes, myopes ou hypermétropes, placés chacun dans des conditions normales de vision, et dirigeant leur rayon visuel à une distance de 1 mètre ont un angle métrique égale à 1 ; mais il faut mesurer la distance qui sépare les deux centres de rotation des yeux ou ligne de base. Le pouvoir convergent marche avec l'amplitude d'accommodation sauf pour les limites extrêmes; il sera plus grand chez un myope que chez un emmétrope, mais il sera plus faible chez l'hypermétrope que dans un œil normal.

M Gillet de Grandmont fait remarquer combien la mesure de cet angle métrique est utile dans le choix des lunettes.

M. Grasset (de Montpellier) fait une très intéressante communication *sur l'inspiration saccadée rhythmique au cœur.* L'auteur établit d'abord que ce symptôme est entièrement distinct de la respiration saccadée, connue depuis Raciborski : le mode d'inspiration dont il s'agit, et dont la caractéristique est d'être synchrone avec la contraction du cœur, a été étudié par Potain dans un travail qui n'a pas été achevé; il est constitué par une série de saccades, le plus souvent au nombre de trois, et dont le synchronisme avec les battements du cœur se reconnaît aisément, soit en prenant le pouls pendant qu'on ausculte, soit même sur place, par la simultanéité des saccades et des battements cardiaques. L'inspiration saccadée dont il s'agit a pour lieu d'élection le sommet gauche et surtout le bord gauche du sternum, au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux; mais on peut l'entendre dans tout le sommet gauche, et parfois même à droite. On ne perçoit bien ce signe que dans la respiration naturelle; une respiration volontairement forcée peut faire disparaître les saccades. M. Grasset recherche ensuite quelle est la valeur séméiologique de ce phénomène; sur douze cas où il l'a observé, sept se rapportaient à des tuberculeux, et il résulte de ses recherches que ce serait un signe d'imminence tuberculeuse plutôt que de tuberculose confirmée. Les autres malades étaient anémiques, et présentaient, par suite de causes diverses, de la faiblesse respiratoire; aucun de ces malades n'était cardiaque. Il semble donc que l'inspiration saccadée rhythmique au cœur est tout simplement un indice de l'affaiblissment du pouvoir inspiratoire, dont il reste, dans chaque cas particulier, à rechercher la cause.

MM. Arnozan et Ferré (de Bordeaux) communiquent une *Note sur la suspension de la glycogénie hépatique par les injections rectales d'acide sulfhydrique chez le lapin.* L'idée fondamentale de la méthode de M. Bergeon est que les gaz absorbés par le gros intestin sont éliminés par le poumon, sans passer par la circulation artérielle. Sans contester cette proposition, théoriquement vraie, MM. Arnozan et Ferré ont pensé que quatre organes devaient forcément subir les atteintes du gaz toxique, à savoir l'intestin, le foie, le cœur droit et le poumon. Leurs recherches actuelles ont porté sur le foie : ils ont fait des injections rectales d'hydrogène sulfureux à trois lapins, qui ont succombé assez rapidement. Chez ces trois animaux, l'examen du foie a montré que le tissu hépatique était absolument dépourvu de sucre. Les injections rectales avaient donc supprimé la fonction glycogénique du foie. Il y a là un fait qui doit inspirer une certaine réserve dans l'emploi des lavements gazeux.

M. Gross (de Nancy) fait une communication *sur le traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique.* Tout en reconnaissant que la ponction suivie d'injections irritantes est une opération beaucoup plus simple et qui ne demande aucune habileté chirurgicale spéciale, M. Gross donne la préférence à l'incision antiseptique, qui donne, quand l'antisepsie est bien faite, une guérison plus rapide et plus facile, et qui ne comporte que des accidents sans importance dans les cas simples. C'est surtout dans l'hydrocèle congénitale qu'il convient d'avoir recours à l'incision antiseptique, car dans l'hydrocèle simple, commune, la ponction suffit. Il faut encore s'adresser à l'incision antiseptique dans les hydrocèles volumineuses, multiloculaires ou récidivantes.

Cette communication donne lieu à un échange d'observations entre MM. JEANNEL, THIRIAR, DUPLOUY, L. H. PETIT et GROSS.

M. BÉZY (de Toulouse) lit une *note sur une épidémie de fièvre typhoïde développée autour d'une usine (distillerie)*: l'auteur rappelle les travaux récents qui ont mis en pleine lumière la relation entre les épidémies de fièvre typhoïde et la présence du bacille typhogène dans les eaux. Une épidémie typhique ayant éclaté dans un village situé aux environs de Toulouse, le microbe de la fièvre typhoïde fut rencontré en grande abondance dans les détritus provenant d'une distillerie établie au milieu de ce village.

M. JEANNEL (de Toulouse) communique un travail *sur le traitement de l'anus contre nature et des fistules pyo-stercorales.* A la suite des hernies étranglées abandonnées à elles-mêmes ou brutalisées par des manœuvres intempestives de véritables fistules pyo-stercorales, possédant la constitution classique, peuvent s'établir; elles sont justiciables de la méthode opératoire préconisée par M. Verneuil; les deux observations suivantes en font foi : dans la première, la guérison a été obtenue au bout d'un an; dans la seconde, la fistule était définitivement fermée au bout de trois mois. Il est évident que la gravité de ces fistules n'égale pas celle des fistules consécutives à des phlegmons étendus et profonds. M. Jeannel communique en outre une observation d'anus contre nature consécutif à une hernie étranglée, que l'on traita vainement par l'entérotomie et par la compression, et qui fut complètement guéri par l'entérorrhaphie. Il termine en soumettant une observation de fistule stercorale ombilicale consécutive à une obstruction, et améliorée trois mois après, sinon terminée, par l'expulsion d'un noyau de cerise. L'expectation constitue tout le traitement.

Cette communication donne lieu à quelques observations de MM. DUPLOUY et PAMARD.

M. HÉNOCQUE (de Paris) fait une très importante communication *sur les applications de l'hématoscopie à la thérapeutique et à la médecine légale.* La méthode de l'auteur fait reconnaître la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang, et aussi la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine dans le pouce. Du rapport de ces deux facteurs, on déduit l'activité des échanges entre les tissus et le sang. Sous l'action du fer, par exemple, on peut voir en quelques jours l'oxyhémoglobine augmenter, ainsi que l'activité de réduction, et l'on peut mesurer cette double augmentation. On constate par cette méthode que l'iodure de sodium diminue la quantité d'oxyhémoglobine; que l'acétanilide agit dans le même sens; que le froid, appliqué localement, diminue l'activité de la réduction, que la chaleur l'augmente, mais dans de faibles proportions; les bains chauds augmentent cette activité (ceux d'Aix l'ont doublée); les bains de Salies-de-Béarn peuvent l'augmenter ou la diminuer suivant le mode d'emploi. — Au point de vue médico-légal, l'auteur a pu constater la présence de l'hémoglobine oxycarbonée dans le sang. M. Hénocque présente en outre à la section un nouvel hématoscope.

M. HENROT (de Reims) fait une très intéressante communication *sur la disparition des tumeurs de l'estomac;* l'auteur a pu observer deux cas dans lesquels on constatait, en outre des symptômes ordinaires du carcinome stomacal, une véritable tumeur épigastrique; dans ces deux cas, les malades ont guéri et la tumeur a disparu, sans qu'il se soit produit ni melœna ni hématémèse; il se demande en présence de quelle affection il s'est trouvé, et fait remarquer que de pareils faits enlèvent à la tumeur épigastrique la valeur pathognomique qu'on lui attribue généralement.

Cette communication donne lieu à diverses observations. M. Cunéo fait observer que la cicatrice des ulcères anciens peut parfois simuler une tumeur épigastrique.

M. HENROT réplique que les caractères de la tumeur, la saillie qu'elle formait, excluent cette interprétation. M. Cunéo cite un cas où une tumeur fibreuse, dans laquelle on ne trouva aucune trace de carcimôme, avait simulé durant la vie un cancer de l'estomac. — M. Serres a vu un ulcère du cardia simuler le carcinôme. — M. Thiriar dit que le dosage de l'urée aurait pu fournir des renseignements précieux; car l'urée diminue toujours dans le cancer. — M. Mossé est d'avis que la diminution de l'urée est l'indice d'une dénutrition générale, et que par conséquent, elle n'est probablement pas propre au cancer. — M. Bernheim pense que la diminution de l'urée dans le cancer est liée à un trouble hépatique.

M. BOISSARIE (de Sarlat) fait une communication *sur la transmission de la fièvre typhoïde par l'eau.* Un petit village de la Dordogne ayant été atteint par une épidémie de fièvre typhoïde, on a recherché le bacille typhique dans les eaux de la localité, et on l'y a rencontré en abondance; il a malheureusement fallu un temps assez long pour pratiquer ces recherches, en sorte que l'intervention hygiénique a subi un retard très fâcheux

M. CERTES rappelle qu'il a fait connaître des procédés qui, sans être aussi rigoureux que les cultures sur gélatine, permettent du moins de faire sans retard l'analyse microbiologique des eaux suspectes.

M. BERNHEIM (de Nancy) communique le résultat de ses recherches *sur la régularisation de la menstruation par suggestion.* Comme MM. Liébeault et Voisin, l'auteur a pu régulariser les règles au moyen de l'hypnotisme: il rapporte l'observation d'une femme hystérique, mais dont les crises avaient notablement diminué de fréquence et dont les règles étaient à la fois trop fréquentes et trop abondantes. Réglée tous les trois semaines avant ses premières couches, elle l'a été depuis cette époque tous les quinze jours, et dernièrement, tous les onze et douze jours. La menstruation est en outre douloureuse et accompagnée d'accidents nerveux. La malade est mise facilement en état de somnambulisme et M. Bernheim lui suggère qu'elle aura ses règles au 28e jour, sans douleur, qu'elles seront peu abondantes, et ne dureront que trois jours. Les choses se passèrent exactement de la façon suggérée. On n'arrive pas toujours dès le début à cette exactitude; mais on obtient du moins une tendance progressive à la régularisation.

M. BÉRILLON a observé à plusieurs reprises des faits analogues.

M. BUROT a également eu recours à ce moyen avec un plein succès

M. DÉCLE a constaté les mêmes faits.

M. GRASSET fait ressortir l'importance des actions d'inhibition que l'on peut obtenir dans l'état d'hypnotisme; il a pu arrêter par suggestion des hémorrhagies pulmonaires et stomacales.

M. CERTES et M. BERNHEIM échangent quelques observations sur la possibilité de faire apparaître par suggestion le sucre ou l'albumine dans l'urine. M. Certes ne voit pas de raison possible qui empêche de provoquer cette apparition. M. Bernheim n'a pas fait d'expériences à cet égard; il a bien pu dans le diabète diminuer la fréquence de la miction et la quantité d'urine émise, mais il croit que le processus albuminurique ou diabétique est trop compliqué et qu'il n'est pas à la merci d'une action d'inhibition.

M. MASSE (de Bordeaux) fait une communication *sur l'anatomie de la portion sous-glottique du larynx.* Il se propose d'attirer surtout l'attention sur les variations de forme et de capacité de cette région au niveau de ses trois quarts supérieurs, variations qui lui paraissent jouer un rôle important dans la production de la voix.

M. TACHARD (de Paris) apporte une *contribution à la méthode antiseptique.* Quoique les observations chirurgicales publiées débutent le plus souvent par cette formule: « Toutes les précautions antiseptiques ont été prises », la méthode de Lister est mal ou très incomplètement pratiquée par la majorité des chirurgiens. Cette méthode est simple, mais il faut suivre rigoureusement les règles fixées, et tous les chirurgiens le peuvent, s'ils veulent se conformer aux principes. Par la pratique antiseptique on obtient la réunion immédiate intégrale; la moindre dérogation à cette pratique amène la production du pus. Il faut donc avant, pendant et après l'opération, maintenir le champ opératoire dans une rigoureuse asepsie, en observant les règles de la méthode antiseptique.

M. DUPLOUY insiste sur ces préceptes qu'on ne saurait se lasser de répéter en toute occasion.

M. PAMARD s'associe également à ces rigoureuses prescriptions; il constate que beaucoup de chirurgiens « ignorant leur ignorance », croient connaître l'antisepsie et la pratiquer,

alors qu'ils négligent quelque prescription, minutieuse en apparence, et capable pourtant de compromettre le résultat opératoire

M. Larché (d'Avignon) communique un travail *sur la statistique d'Avignon pour les années* 1883, 1884, 1885 *et* 1886. Il constate que les décès l'ont emporté d'environ 25 0/0 sur les naissances; que les enfants du premier âge ont figuré pour 41 0/0 dans la mortalité annuelle; que les décès par fièvre typhoïde ont été plus fréquents lorsque la moyenne thermométrique annuelle a baissé; que l'élévation de la moyenne hygrométrique a habituellement coïncidé avec l'élévation du chiffre des décès en général.

M. Terson (de Toulouse) fait une communication *sur les divers modes d'administration du mercure et leurs inconvénients dans la pratique* : l'auteur fait appel aux ophthalmologistes et aux syphiligraphes de la section à l'effet de déterminer le mode d'administration du mercure auquel on doit donner la préférence dans la syphilis oculaire. M. Balzer a conseillé les injections sous-cutanées de calomel en suspension dans l'huile de vaseline; mais l'accord n'est pas fait sur le choix d'une méthode

M. Secheyron (de Paris) communique un travail *sur les abouchements anormaux de l'uretère à la vulve et au vagin.* C'est une malformation très rare, intéressante surtout au point de vue embryonnaire, caractérisée par l'incontinence d'urine congénitale. L'anomalie peut être simple ou complexe, unilatérale ou bilatérale; dans ce dernier cas, elle est généralement complexe et accompagnée de malformations incompatibles avec la vie. (Le cas de Schrader paraît être la seule exception) Les uretères sont en ectopie et aboutissent d'ordinaire à un rein dégénéré. Ces anomalies ne doivent pas être confondues avec la persistance des canaux de Wolff.

M. Charazac (de Toulouse) fait une communication *sur un cas de polype du larynx, avec expulsion et guérison* Dans le cas observé par l'auteur, un polype, dont l'existence avait été constatée au laryngoscope par le Dr Ferras, dont le volume avait augmenté pendant plusieurs années, et qui entravait la respiration, se détacha et fut expulsé au cours d'un violent accès de toux. Les faits de ce genre sont rares; on n'en compte guère que deux ou trois dans la science.

MM. Livon et Alezais (de Marseille) communiquent leurs *recherches sur l'urine des tabétiques.* Il résulte de ces recherches que chez les tabétiques : 1° La quantité d'urée excrétée tend à diminuer; 2° il y a diminution de la quantité d'acide phosphorique éliminé; mais sa quantité proportionnelle, sous forme de phosphates terreux, tend à augmenter; 3° la quantité de chlore éliminé parait augmentée; 4° le degré de toxicité est assez marqué. Ce ne sont là que les premiers résultats, forcément incomplets, de ces recherches que les auteurs se proposent de poursuivre.

M. Arnozan (de Bordeaux) communique un travail *sur la relation qui existe entre les affections cutanées du nez et les affections profondes des fosses nasales.* L'auteur rappelle le caractère extrêmement rebelle des affections cutanées du nez. Si le traitement demeure souvent stérile, c'est que la cause de ces affections n'est pas toujours aisée à préciser. Cette cause doit parfois être cherchée dans une lésion profonde des fosses nasales, alors même qu'il n'y a entre les deux régions malades aucune continuité. Il y a donc lieu, en présence d'une affection cutanée superficielle du nez, de recourir à l'exploration profonde des fosses nasales.

M. Secheyron (de Paris) communique un travail *sur les kystes hydatiques de l'utérus.* Ces kystes sont assez rares pour qu'on n'en rencontre que dix cas dans la littérature médicale. Cette affection n'a qu'un symptôme qui soit réellement caractéristique, c'est l'expulsion d'hydatides vésiculeuses. Le kyste hydatique utérin ne paraît exercer aucune influence sur la grossesse; celle-ci en revanche activerait le développement du kyste. D'autre part le kyste peut apporter par son volume un obstacle mécanique à l'accouchement. Quant le diagnostic est posé ce qui est rare, le traitement consiste à ponctionner la poche, et à faire l'incision d'une partie de la paroi.

M. A. Voisin (de Paris) rapporte *deux observations d'onanisme guéri par suggestion.* Chez deux jeunes filles qui présentaient des habitudes invétérées d'onanisme, et qui ont été guéries par la suggestion hypnotique, l'une très rapidement, en trois semaines environ, l'autre après un traitement beaucoup plus prolongé.

M. Bernheim (de Nancy) communique *un cas de glosso-hémiplégie d'origine corticale.* L'auteur rappelle les recherches expérimentales de Ferrier, les analyses cliniques de Charcot et Pitres, les faits rapportés par Raymond et Artaud, et constate que, jusqu'ici, on n'a pu dissocier physiologiquement le centre cortical de l'hypoglosse d'avec celui du facial. Il a pu faire cette dissociation chez une malade atteinte d'hémiplégie linguale isolée, et dont il résume l'observation. L'hémiplégie linguale, sans aucune hémiplégie faciale, ayant été constatée pendant la vie, on trouva à l'autopsie un foyer situé sur le bord inférieur de l'extrémité inférieure de la circonvolution frontale ascendante du côté droit.

Il parait donc résulter de ce fait que le centre cortical de l'hypoglosse occupe la partie la plus inférieure de la circonvolution frontale ascendante, à la partie antérieure de cette circonvolution, au voisinage du sillon qui la sépare de la troisième frontale.

M. André (de Toulouse) fait une communication *sur la pathogénie de la chlorose.* L'auteur constate que l'on ne s'est aucunement préoccupé jusqu'ici de l'état du foie dans la chlorose; or il a pu constater que chez les chlorotiques le foie subit un degré appréciable d'atrophie; cette atrophie est d'ailleurs temporaire, et la matité hépatique redevient normale quand la guérison est obtenue. Ce fait d'ailleurs n'a rien de surprenant, on conçoit fort bien que dans la chlorose les organes qui participent le plus à l'hématopoïèse soient atrophiés par le fait de leur diminution d'activité physiologique. — Il est à noter que le chiffre de l'urée, abaissé pendant la durée de la maladie, s'élève pour se rapprocher de la normale au fur et à mesure que l'amélioration tend à la guérison.

M. Hénocque fait remarquer que le foie n'est probablement pas seul en jeu et que les autres organes hématopoiétiques doivent subir des altérations analogues.

M. Armaingaud (de Bordeaux) fait une communication *sur les Sanatoria d'Arcachon et de Banyuls-sur Mer*; il rappelle les services rendus par les *sanatoria*, résume l'histoire de la fondation du *sanatorium* d'Arcachon et annonce l'ouverture prochaine d'un nouvel établissement du même genre à Banyuls-sur-Mer

M. Lafargue, préfet des Pyrénées-Orientales, insiste à ce propos sur la parfaite salubrité du lieu où doit s'élever ce nouveau sanatorium, et considère les établissements analogues comme de très utiles compléments de la loi Roussel.

R. M. C.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DEMOGRAPHIE DE VIENNE (*fin*).

Séances des sections.

(4e et 5e *journées* : samedi et dimanche, 1er et 2 octobre 1887).

SECONDE SECTION.

Sur les mesures internationales à prendre contre les falsifications des matières alimentaires et des boissons. — Président: M. le professeur Hoffmann (de Leipzig); Rapporteurs : MM. les professeurs Paul Brouardel et Gabriel Pouchet (de Paris); MM. les Drs Angelo Caro (de Madrid) et Ferrière (de Genève); M. le professeur Hilger (d'Erlangen) et M. le Dr Hamel Roos (d'Amsterdam).

M. Pouchet lit son rapport en l'absence de M. Brouardel. Il propose la nomination d'un comité international qui devra être composé de trois membres de chaque pays et qui devra se charger de créer des mesures internationales contre les falsifications des denrées alimentaires et de les exécuter. Ce comité devra aussi donner tout d'abord une définition exacte et concise de la notion : *falsification.*

M. Hilger demande que les pouvoirs du comité soient plus étendus et qu'il se charge d'établir le contrôle régulier des matières alimentaires et de fonder des *stations d'examen* d'état ou municipales, organisées d'une manière aussi convenable que possible. En outre, le comité devra fixer des méthodes uniformes d'examen en vue de juger de l'état des denrées alimentaires; il devra tendre à établir quant aux denrées alimentaires une législation internationale qui dispose de moyens d'exécution aussi identiques que possible. La *Revue internationale contre la falsification*

des denrées alimentaires et des boissons pourrait servir d'organe aux travaux, aux résolutions et à l'activité de cette commission.

M. ANGÉLO CARO présente les conclusions suivantes : 1° Le moyen le plus efficace de combattre, sinon d'empêcher la falsification des denrées alimentaires et des boissons, est l'installation des laboratoires pour analyses, non seulement dans les grandes villes, mais encore dans les communes où le vendeur aussi bien que l'acheteur peuvent demander l'examen d'un produit plus ou moins suspect ; 2° Dans les communes de moindre importance, on pourrait organiser ces laboratoires avec peu de difficultés et de dépenses. Le pharmacien de la localité, qui doit avoir des connaissances suffisantes, pourrait les diriger sans préjudice de sa pharmacie, et il pourrait pratiquer les dix ou douze classes d'analyses, qui en totalité sont nécessaires pour les besoins du service de la localité.

Pour la pratique de ces analyses, on pourrait réduire le matériel nécessaire aux objets suivants : *a)* Une étuve de Gay-Lussac et une autre d'air chaud pour déterminer l'eau d'un train, l'extrait d'un vin, d'un café, etc. *b)* Deux burettes pour déterminer le volume au moyen des liquides normaux (acidité d'un vin, glucose, platre, etc). *c)* Un appareil Granier pour l'examen du pétrole (densité, point d'inflammation). *d)* Un microscope, modèle ordinaire Nachet avec accessoires (reconnaître la viande de porc ou de toute autre classe d'animaux, falsification du café, altération des végétaux, etc.) *e)* Un alambic Palleron pour les vins *f)* Un assortiment d'alcoolimètres, densimètres, thermomètres, etc , etc. *g)* Un assortiment de réactifs spéciaux faciles à être préparés par le même pharmacien solution normale de carbonate de soude, de chlorure de barium, de liqueur de Pehling, teinture d'iode, etc.). *h)* Dans les très petites villes où l'on ne trouve pas de pharmacien, on pourrait exiger des marchands de faire examiner leurs produits dans les laboratoires des villes les plus proches et de ne pas les vendre sans le certificat de cette analyse. *i)* On devrait rédiger un code qui fixât des peines pour la falsification des différentes denrées alimentaires. *j)* On pourrait permettre la vente des produits mêlés de substances inoffensives, mais avec indication de la substance qui s'y trouve mêlée.

M. HAMEL ROOS propose entr'autres la fondation de laboratoires chimiques aux frontières (ou aux Docks neutres d'entrepôt) pour l'expertise des denrées alimentaires et des boissons et l'obligation de colorier distinctement d'une couleur convenue, les emballages des succédanés ou matériaux employés pour la falsification des denrées alimentaires ou des boissons, et, en premier lieu, des substances considérées dans les divers pays comme nuisibles à la santé. En outre, les emballages devraient porter, en caractères lisibles, dans une langue convenue, la dénomination précise de l'article.

Les discussions sur le sujet en question, auxquelles participèrent plusieurs orateurs, n'ont pas fourni de nouveaux faits ; on a exprimé de plusieurs cotés le doute que les pharmaciens avaient des connaissances suffisantes pour examiner les denrées alimentaires.

Les résolutions suivantes ont été acceptées par le Congrès : 1) On choisira un comité composé de MM. Paul Brouardel et Gabriel Pouchet (de Paris) et de M. Hilger (d'Erlangen). 2). Il devra aspirer à : *a)* l'établissement d'un contrôle régulier des denrées alimentaires ; *b)* l'installation de laboratoires pour analyses organisées d'une manière aussi exacte que possible ; *c)* fixation de méthodes uniformes pour l'examen et l'appréciation des denrées alimentaires ; *d)* création d'une législation internationale concernant les denrées alimentaires avec des principes d'exécution aussi uniformes que possible, et les lois qui s'y réfèrent ne doivent pas être seulement d'une nature répressive, mais aussi préventive, c'est-à-dire d'une nature policière ; pour quelles raisons l'installation de laboratoires pour analyses indépendantes est de rigueur.

La même section s'occupe ensuite de cette question : *Mesures contre les remèdes secrets* — Rapporteur : M. le Docent Dr FLORIAN KRATSCHMER (de Vienne). — Voici les conclusions présentées au Congrès par M. Kratschmer : 1° Comme malgré les règlements législatifs rendus contre eux, les remèdes secrets qui ne reposent sur aucune base scientifique, n'ont d'autre but que de duper et de tromper le public, tout en nuisant à sa santé, il est utile au point de vue moral, aussi bien que sans celui de l'économie politique et sanitaire de les considérer comme un grave mal dont souffre l'humanité. 2° La répression ou restriction sur une large mesure des remèdes secrets ne peut s'obtenir par l'action individuelle de certains cercles de la société et sous l'intervention de l'Etat 3° Les gouvernements sont requis de priver les remèdes secrets de leur condition d'existence : *a)* en cherchant à élever le niveau de l'enseignement de l'hygiène dans toutes les couches sociales en le favorisant et en le généralisant ; *b)* en préparant une réforme et une réglementation opportunes des pharmacies. *c)* en établissant des stations d'examen scientifique qui aient à purger de l'état des matières alimentaires, des articles de luxe et des remèdes secrets : *d)* en publiant des lois qui interdisent absolument l'annonce, la vente ou l'essai gratis des remèdes secrets.

M le pharmacien WALDHEIM (de Vienne) se prononce, en effet, contre les remèdes secrets, mais il demande qu'on fasse une distinction entre les remèdes secrets et les spécialités et qu'on permette aux pharmaciens la vente de ces dernières après qu'elles auront été soumises à un examen chimique convenable.

Le Congrès, après une courte discussion, accepte les conclusions qui ont été proposées par M. Kratschmer (de Vienne).

TROISIÈME SECTION.

Président : M. C. Dr LÉOPOLD GROSS (de Buda-Pest). — Rapporteurs : MM. les Drs Ruysch (de La Haye) ; Mouton (de Gravenhage) ; Pallin (de Paris) et Corfield (de Londres). Le sujet suivant a été discuté : *Par quelles mesures nationales et internationales peut on remédier à l'influence nuisible des chiffons infectés sur la propagation des maladies infectieuses.*

Le Congrès accepte les résolutions suivantes : 1° Soit la destruction ou la désinfection obligatoire des vêtements, etc., provenant de malades contagieux, — soit la désinfection préalable des chiffons, etc., à exporter. 2° Soit la défense d'importer des chiffons, etc., provenant de contrées où règnent des épidémies, — soit la désinfection préalable des chiffons, etc., à importer. 3° Transport des chiffons, etc., en ballots ou sacs bien fermés, dont la couverture est préalablement trempée d'une solution désinfectante. 4° L'exportation de chiffons de pays où il y a des foyers d'infection d'épidémies est à interdire. 5° L'importation de chiffons de pays où les mesures prophylactiques sus-mentionnées ne sont pas observées doit être surtout interdit.

QUATRIÈME SECTION.

Moyens de combattre l'alcoolisme. — Rapporteurs : MM. Flood (de Christiania) ; Borgesius (de La Haye) et Lammers (de Brème).

Le Congrès accepte les résolutions qui suivent : 1° Les dangers qui résultent de l'abus de l'alcool sont à trouver plus ou moins dans tous les Etats civilisés, et l'on trouve le plus fréquemment les conséquences de cet abus dans les hôpitaux, les asiles d'aliénés, les prisons, etc. 2° Les causes de ce mal doivent être cherchées moyennant des enquêtes préalables et l'Etat doit leur faire une opposition énergique. 3° L'activité privée peut aider à ce but par l'instruction sur la valeur et les dangers qui résultent de l'abus de l'alcool et en introduisant des boissons saines et peu coûteuses qui substituent l'alcool en favorisant tous les arrangements qui tendent à améliorer l'état des classes de la population pauvre. 4° L'Etat peut particulièrement contribuer à ce but en imposant de grandes contributions pour la consommation de l'eau-de-vie et en imposant des contributions médiocres sur des boissons alcooliques qui contiennent moins d'alcool, en punissant les propriétaires des débits de vin, etc., qui favorisent l'ivresse ; en punissant l'ivresse publique, etc., etc.

Dans la séance de clôture qui a eu lieu Dimanche 2 octobre, sous la présidence du comte de Kinsky, M. le professeur CORRADI de Pavie) a prononcé un discours en langue française : *Sur la longévité et ses rapports à l'histoire,* et M. JUAMA STERNEGG, un autre : *Sur le développement de la population de l'Europe depuis 1000 ans.*

Ces deux discours ont été accueillis par des applaudissement chaleureux. LEIBOWITZ.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. **Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié** ; par le Dr P. LA TORRE. — Paris, O. Doin, 1887.

II. **La couveuse et le gavage à la Maternité de Paris** ; par le Dr P. BERTHOD. — Th. Paris, 1887.

III. **Grossesse tubaire de 6 semaines, rupture de la trompe, laparotomie, guérison** ; par le Dr DUCHAMP (*Loire médicale*, 15 juillet, 1887).

IV. **Contribution à l'étude de la laparo-élytrotomie** ; par le Dr A.-S. CLARKE, Th. Paris, 1887.

I. Les recherches ardues et très consciencieuses auxquelles s'est livré le Dr P. La Torre, dans le but d'établir la valeur clinique de l'accouchement prématuré artificiel chez les femmes à bassin vicié, n'ont pas porté sur moins de 1.325 observations, que l'auteur a pu réunir en compulsant les registres de la Maternité, de la Clinique et des services d'accouchements de Saint-Louis, Lariboisière et la Charité. Une partie considérable de son travail est consacré à l'exposé de ces pièces justificatives : elles compren-

nent 419 observations résumées et une série de tableaux où figurent les détails relatifs aux accouchements des 1.325 femmes dont il a recueilli l'histoire.

On conçoit qu'armé de documents aussi nombreux, le Dr La Torre ait pu faire une étude sérieuse et raisonnée de l'accouchement provoqué dans les rétrécissements du bassin, et porter sur cette question si longtemps controversée un jugement définitif. Voici rapidement résumées les conclusions auxquelles il est arrivé. Un premier fait, qui ressort en toute évidence des recherches de l'auteur, c'est que les sténoses pelviennes n'exercent aucune action sur la marche de la grossesse et que le produit de conception acquiert le même développement en poids et en volume dans les bassins viciés que dans les bassins bien conformés. Ce point étant acquis, il en résulte qu'un fœtus à terme ne pourra passer spontanément et sans danger à travers une filière pelvienne de moins de 9 centimètres. Aussi, pour éviter ce danger, faut-il intervenir prématurément en provoquant l'accouchement, toutes les fois que le rétrécissement mesure de 5 c. 1/2 ou 6 à 9 c.

Or, aujourd'hui, grâce à l'introduction de l'antisepsie, de la couveuse et du gavage, l'accouchement provoqué est devenu inoffensif pour les mères et sauve 88 0/0 des enfants. L'opération césarienne, même modifiée par Sænger, ne donne pas de semblables résultats. Elle n'a de raison d'être que si l'accoucheur est appelé seulement au moment du terme, et encore faut-il que le bassin mesure moins de 5 c. 1/2, car au-dessus de cette limite la mortalité de la céphalotripsie et de la basiotripsie est moindre que celle de l'opération césarienne et de l'opération de Porro.

Les conclusions de l'excellent travail du Dr La Torre sont donc tout en faveur de l'accouchement provoqué, et elles viennent confirmer la pratique habituelle des accoucheurs français, qui reconnaissent dans les rétrécissements du bassin une indication formelle de l'accouchement prématuré artificiel.

II. Cette indication est d'autant plus évidente que les enfants nés avant terme auront désormais de très grandes chances de vivre, grâce à une véritable révolution survenue dans leur élevage et due à l'initiative du Professeur Tarnier, c'est-à-dire à l'emploi de la couveuse et du gavage. Aussi convient-il de rapprocher du travail précédent la thèse si instructive du Dr Berthod, qui, pendant son internat à la Maternité, a consigné tous les résultats obtenus dans le service de M. Tarnier depuis que les deux moyens précédents y sont en usage.

Après avoir résumé l'histoire anatomique, physiologique et pathologique des *prématurés* et montré que les seuls moyens de remédier à la faiblesse de leur vitalité sont de les réchauffer et de les alimenter, M. Berthod étudie successivement la couveuse et le gavage. Nos lecteurs sont déjà trop au courant de la question pour que nous insistions ici sur la description des couveuses et sur le manuel opératoire du gavage ; cependant ils trouveront dans le mémoire de M. Berthod des détails de pratique fort importants. Mais l'intérêt capital de ce travail réside dans l'exposé des résultats.

En ce qui concerne la couveuse, la lecture de tableaux résumant 608 observations conduit à la synthèse suivante : les enfants de sept mois et demi s'élèvent dans la proportion de 78.7 pour 100 ; ceux de sept mois, dans la proportion de 63.7 pour 100 ; ceux de six mois et demi, dans celle de 53 pour 100 ; enfin, à six mois, la couveuse donne encore 30 pour 100 de survie, chiffre absolument inconnu jusqu'alors.

Quant au gavage, mis en pratique à la Maternité depuis le 22 mars 1884, alors que l'emploi de la couveuse date du 22 novembre 1881, les observations portent sur 152 enfants. Il ne s'agit plus seulement ici de primaturés, mais aussi d'enfants à terme ou près du terme, ne pouvant têter pour des raisons quelconques et qui ont dû être nourris artificiellement. Voici le résultat : à 9 mois, 71.4 enfants vivants pour 100 ; à 8 mois 1/2, 95.2 pour 100 ; à 8 mois, 74.4 pour 100 ; à 7 mois 1/2, 66.6 pour 100 : à 7 mois, 50 pour 100 ; à 6 mois 1/2, 33.3 pour 100 ; à 6 mois, 23 pour 100.

On comprend, sans que nous insistions, quelle doit être l'heureuse influence de la combinaison de deux méthodes aussi précieuses : du gavage et de la couveuse.

En présence de tels résultats on est autorisé à dire avec le Dr Berthod qu'à l'heure actuelle le terme clinique et le terme légal de la viabilité de l'enfant peuvent être regardés comme sensiblement confondus.

III. L'observation du Dr Duchamp est particulièrement intéressante. Une femme de 31 ans, multipare, ayant une aménorrhée de six semaines, est prise brusquement et sans cause apparente d'une douleur déchirante dans le bas ventre ; en même temps se manifestent tous les signes d'une perforation du péritoine et d'une hémorrhagie interne. La suppression des règles chez cette femme, habituellement bien réglée, le point de départ de la douleur, la violence et la soudaineté du mal font penser à la rupture d'une grossesse extra-utérine tubaire. La laparotomie est pratiquée sans hésitation vingt-cinq heures après le début des accidents. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ 2 litres 1/2 de sang noir en partie coagulé. On trouve dans le bassin, parmi des caillots, un petit œuf de 2 cent. de diamètre et une perforation de la trompe gauche de la largeur d'une pièce de 50 centimes. La trompe est liée et excisée, ainsi que l'ovaire ; après la toilette du péritoine, le ventre est refermé à l'aide de dix sutures à la soie phéniquée : pansement de Lister.

L'état général, qui était extrêmement grave avant l'opération, s'est rapidement relevé : vingt jours plus tard, la femme était complètement rétablie.

La hardiesse de l'intervention du Dr Duchamp et le succès qui en est résulté sont une éclatante confirmation de la pratique de L. Tait, qui, sur 21 laparotomies faites dans les mêmes circonstances, a obtenu 20 guérisons. (Voy. L. Tait, *Traité des maladies des ovaires*, trad. Ad. Olivier, 1886, p. 116.)

IV. La thèse du Dr Clarke est une bonne étude de la laparo-élytrotomie, en même temps qu'un plaidoyer en sa faveur. Pratiquée en 1821 par Ritgen, puis par Baudelocque neveu, et abandonnée, cette opération a été reprise en Amérique en 1870 par G. Thomas et refaite depuis par d'autres opérateurs. On sait qu'elle consiste à extraire le fœtus de l'utérus, en arrivant au col par une ouverture faite au vagin : on sectionne la paroi abdominale au-dessus du pli de l'aîne, on décolle le péritoine de la fosse iliaque et on découvre le vagin, qu'on incise dans sa partie supérieure. On n'ouvre ni l'utérus ni le péritoine, et on doit éviter ainsi deux dangers de l'opération césarienne : l'hémorrhagie et la péritonite. Toutefois, la région dans laquelle on opère contient des organes qu'il importe de ne pas léser : vessie, uretère, artère utérine, ligament rond. Aussi l'auteur consacre-t-il tout un chapitre à des considérations anato- miques ayant trait aux recherches les plus récentes sur les rapports exactrs de l'uretèe et de l'artère utérine avec l'utérus et le vagin.

L'opération a été faite 11 fois : de 1870 à 1885 par G. Thomas (2 fois), Skene (4 fois), Gillette et Dandridge, en Amérique, par Edis et Hime, en Angleterre, par Poullet (de Lyon), en France. M. Clarke rapporte avec soin toutes ces observations. Dans 6 cas, l'issue a été fatale : mais, selon lui, la mort ne saurait être imputée à l'opération elle-même. Dans les 5 autres cas, où l'opération fut pratiquée dans de bonnes conditions, il y eut 5 succès. L'auteur, ne voulant tenir compte que de ces 5 derniers faits, conclut que la mortalité de la laparo-élytrotomie doit être nulle. Aussi, la déclare-t-il préférable à l'opération de Porro et à la section cesarienne.

Malgré les arguments qu'il apporte en faveur de la gastro-élytrotomie, il est évident qu'un si petit nombre de faits ne suffit pas pour établir une statistique définitive. L'avenir seul nous apprendra si la laparo-élytrotomie est réellement, comme l'affirme Gaillard Thomas, dans une lettre adressée au Dr Clarke, bien supérieure à l'opération césarienne, et si elle finira par entrer dans la pratique.

Ch. Maygrier.

CORRESPONDANCE

Délivrance des certificats médico-légaux et exercice de la médecine par les internes (1).

Monsieur le Directeur,

L'autre jour je posais cette question générale dans un journal médical : *« Un interne des hôpitaux a-t-il le droit de faire un rapport médico-légal? a-t-il le droit de le signer ? »* M. « X... interne des hôpitaux » publie à ce sujet une lettre dans votre journal. Il m'accuse d'avoir écrit cette note « *sous le coup d'un froissement d'amour propre.* » Il restait assurément peu de trace de ce « *coup* » et de ce « *froissement* » dans cette note qui se bornait à poser une question générale. Evidemment, un incident m'avait amené à poser cette question. En voici le récit exact. J'avais été appelé dans l'exercice de mes fonctions légales à constater les blessures d'un malade transporté à la Pitié. J'ignorais alors qu'une circulaire du directeur de l'Assistance publique autorisât le personnel des hôpitaux à violer les termes précis de la loi. Je me rendis où mon devoir m'appelait. Contrairement à l'affirmation de M. « l'interne X... », et *j'insiste sur ce point*, je ne voulus nullement enlever l'appareil du malade. Après avoir constaté les blessures *à découvert* sur le visage, je demandai l'interne de service à l'infirmier de la salle ; il me fut répondu qu'il allait venir. En effet, quelques minutes après, il arriva, accompagné du directeur de l'hôpital qu'il était allé prévenir.

Sans défiance aucune je m'approchai du premier, et très poliment je le priai de me dire s'il s'agissait d'une luxation de l'épaule ou d'une fracture de l'humérus. Le Directeur me demanda au même instant de quel droit j'étais entré dans une salle de malades sans son autorisation. Sur ma réponse que j'avais été requis par un commissaire de police pour rédiger un rapport médico-légal, il m'ordonna de à sortir. Tels sont les faits que je n'avais pas cru devoir soumettre au public médical, estimant que le principe en jeu méritait seul d'être discuté.

Dans sa lettre, M. « l'interne X... » parle de beaucoup de choses : de jalousies, de tracasseries mesquines, de calotte, de tablier, voire de la ploutocartie dont je ne discerne pas bien le rôle dans cette affaire.

Il divise le corps médical en deux castes : ceux qui ont passé par l'internat et ceux qui ont fait d'autres études. Il examine les mérites respectifs des uns et des autres, avec ce petit sourire ironique qui erre parfois sur les lèvres de certains internes, jeunes le plus souvent, en lisant les ordonnances des médecins de quartier.

Cette réédition de la vieille querelle de l'infanterie et de la cavalerie est si puérile que je ne crois pas devoir m'y arrêter.

En ce qui concerne la seule question posée, M. « l'interne X... » commence par déclarer que MM. les internes ont tous les droits, en dépit du texte de la loi. Quelques lignes plus loin, il est vrai, il conclut en invitant l'administration de l'Assistance publique à autoriser les internes à se faire recevoir docteurs. Il y a une contradiction apparente et assez plaisante entre ces prémisses et cette conclusion. Car enfin, si MM. les internes éprouvent le besoin d'être docteurs, c'est donc que ce titre peut seul leur conférer certains droits qu'ils ne possèdent point.

Cette fois, nous sommes d'accord avec M. « l'interne X. ». C'est affaire à l'Administration de décider si les internes pourront se faire recevoir docteurs. Mais aussi longtemps qu'ils ne seront pas docteurs, ils ne sauraient jouir d *aucun des droits* que la loi a très nettement attachés à ce titre, et parmi lesquels figure le droit de rédiger et signer des certificats médico-légaux. On le verra bien le jour où les tribunaux seront saisis de la question.

Nous ne pensons pas qu'il appartienne à M. Peyron d'abroger par voie d'arrêtés, les lois en vigueur. Il nous semble que ce rôle a été réservé par la Constitution, non pas au directeur de l'Assistance publique, mais au Parlement.

Agréez, M. le Directeur, l'expression de mes sentiments très confraternels. Dr Henri BOUGIER.

La question soulevée par M. X..., interne des hôpitaux, est d'ordre général. Il a profité de la réclamation de M. le Dr Bougier pour exposer ses idées. En ce qui concerne les détails du fait qui lui est particulier, M. Bougier conteste l'exactitude de quelques-unes d'entre-eux ; par exemple il dit ne pas avoir enlevé l'appareil : nous lui en donnons acte. Il n'en reste pas moins exact qu'il s'est introduit dans une salle de malades, sans avoir prévenu, ni le directeur, ni le chef de service, ou à son défaut l'un de ses internes. Il nous semble que les médecins de quartier, qui ont reçu d'un commissaire de police le mandat d'examiner un malade, feraient bien pour éviter des froissements inutiles, de venir le matin à la visite du chef de service qui s'empresserait assurément de leur donner tous les renseignements nécessaires pour faire un rapport complet, s'ils ne veulent pas s'adresser aux internes. Ceci dit, revenons à la question générale.

Nous ne croyons pas, que les internes aient réclamé le droit de rédiger des certificats médico-légaux. L'administration, d'accord avec M. le Préfet de police, a cru devoir leur donner cette faculté, les considérant sans doute comme couverts par leur chef de service, de même qu'ils le sont lorsqu'ils signent une ordonnance à la consultation, prescrivent des médicaments ou pratiquent des opérations d'urgence dans les salles de l'hôpital. Au point de vue de la légalité stricte, ils ne devraient rien faire de tout cela. Jusqu'ici, que nous sachions, aucun médecin n'avait demandé l'application de la loi. Il en a été de même toutes les fois, et elles sont nombreuses, que l'on a fait appel au dévouement et aux connaissances pratiques indiscutables des internes pour aller soigner des malades durant les épidémies les plus meurtrières.

Par contre, nous devons reconnaître, et avec regret, que quelques médecins ont réclamé des poursuites contre des internes remplaçant un de leurs confrères de leur localité. En agissant ainsi, ils ne faisaient certainement pas acte de bonne confraternité et n'étaient pas mus par l'intérêt général, mais bien par l'intérêt particulier qui n'est pas d'habitude généreux. D'où il suit que lorsqu'il y a quelque avantage pour les internes, on requiert contre eux l'application de la loi et que, lorsqu'il y a danger, on n'hésite pas à avoir recours à eux et à violer la loi. C'est pour mettre fin à ces actes d'une confraternité douteuse que nous avons fait adopter par la commission qui étudie un nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine un article ainsi conçu :

« Sont également autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou *en cas de remplacement*, les internes des hôpitaux nommés au concours, ayant douze inscriptions, et les étudiants en médecine munis de seize inscriptions. Cette autorisation ne pourra dépasser trois mois (1). »

Le Gouvernement s'est approprié cette idée; dans le projet présenté au nom de M. le Président de la République par MM. Lockroy, ministre du commerce, Demôle, ministre de la justice et Goblet, ministre de l'intérieur (séance du 21 octobre 1886), on lit l'article suivant :

« Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la médecine sans être tenus de subir d'examens spéciaux pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé. Cette autorisation délivrée par le préfet du département est limitée à trois mois ; elle est renouvelable. » B.

Recrutement des nourrices dans la banlieue de Paris.

Monsieur le rédacteur en chef,

On sait que la mortalité des enfants en nourrice a beaucoup diminuée depuis que sont appliquées les mesures de protection et de surveillance édictées par la loi Roussel. Cette surveillance des enfants éloignés de leurs parents, exercée jusqu'à l'âge de deux ans, n'est pas faite d'une façon uniforme dans les divers départements. Les résultats sont assez variables, si on les compare pour chacun de nos départements. Quand l'organisation de l'inspection ne laissera plus rien à désirer, on verra sans doute la mortalité des nouveau-nés devenir moins forte chez les enfants protégés que chez les enfants élevés par leurs parents. Les enfants surveillés, en effet, seront soustraits aux conditions misérables de malpropreté, de confinement, d'alimentation défectueuse au milieu desquelles certaines mères, dépourvues de toute intelligence, laissent s'étioler et mourir leurs propres enfants qu'eût sauvés l'Assistance publique, s'ils avaient pu être enlevés à leurs parents. Cependant, quand même les ressources consacrées à la surveillance seraient plus larges, quand même le zèle des agents de la surveillance serait absolu et l'organisation parfaite, il subsistera une cause de mortalité dans ce fait qu'un grand nombre d'enfants placés en nourrice, y sont mis au biberon, au verre, à l'élevage artificiel.

Dans les conditions actuelles, bien des enfants meu-

(1) Voir le n° 16, p. 130.

(1) Procès verbal de la Chambre des députés, séance du 26 novembre 1885, n° 122.

rent faute de l'alimentation naturelle. Nous connaissons le fait d'un nouveau-né très chétif, pour lequel on fut pendant huit jours en quête d'une nourrice au sein et qui succomba parce que l'allaitement arriva trop tard. Est-ce que ce n'est pas ce qui se passe également bien souvent pour des enfants que l'alimentation artificielle frappe de gastro-entérite? Il est urgent de les mettre au sein. C'est à l'instant même qu'il faut changer l'élevage et porter le petit malade chez une nourrice au sein. Il faut que celle-ci soit trouvée de suite, sinon l'enfant court grand risque de périr. De fait, il succombe souvent.

Dans la banlieue de Paris, parmi les enfants en nourrice, il n'y en a guère plus de la moitié qui soient élevés au sein. Pour nous, nous croyons qu'il serait facile d'augmenter le nombre des nourrices au sein. En effet, les femmes qui désirent donner le sein à des nourrissons ne manquent pas autant qu'on le pense dans les environs de Paris. Dans les conditions actuelles, il est vrai, il est difficile de trouver, sur l'heure même, une nourrice au sein à laquelle on enverra un enfant.

Pourtant, il y a, dans la banlieue de Paris, plus de nourrices au sein qu'on ne pense. Il faut donc leur faciliter les moyens de se mettre à la disposition du public. Quand une femme des environs de Paris, départements de la Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne veut un nourrisson au sein, elle s'adresse à ses amis et connaissances pour être mise en relation avec une famille qui soit sur le point d'avoir un enfant. Assez souvent, ce système réussit. Souvent aussi, une nourrice sollicite de tous côtés sans voir rien venir. Les personnes auxquelles elle s'adresse ne connaissent pour le moment aucun enfant à élever. Aller dans un bureau de placement, c'est presque impraticable. Dans la banlieue, il n'y a pas une nourrice au sein sur vingt qui se soit adressée à un bureau. D'ailleurs le placement par le bureau, c'est une odyssée? ce sont des frais. Il faut d'abord aller s'y faire inscrire. Jamais on n'y rencontre le nourrisson désiré le jour même oùl 'on va s'y présenter. Les familles qui peuvent donner des gages mensuels de 40 à 55 francs, et parer aux frais d'un élevage dans la banlieue, aiment à trouver une nourrice par connaissance. Ce n'est que par surprise que ces familles vont au bureau. Ainsi, les bureaux n'offrent pas souvent des occasions acceptables pour la nourrice de banlieue. Si elle s'y inscrit, elle attendra des semaines et des mois.

Mais supposons que le bureau a trouvé l'affaire de la nourrice : celle-ci est avisée; elle refait le voyage de Paris. Les conditions qui lui sont offertes sont, en général, un peu inférieures à ses espérances et aux conditions habituelles. Ne pas accepter, ce serait avoir fait un voyage inutile et risquer de ne rien avoir. Elle conclut l'affaire et le bureau lui présente une note plus ou moins forte : droit de commission de 20 fr., pourboire pour le séjour de quelques heures fait au bureau; pourboire à la personne qui a accompagné la nourrice à la Préfecture de police, où elle a passé la visite. La nourrice paie tout; elle est rarement remboursée par les parents, qui n'y sont pas obligés, d'ailleurs.

C'est assez d'y être prise une fois; jamais une nourrice au sein ne s'adresse deux fois à un bureau. Aussi, bien des femmes sont hésitantes; elles prennent un nourrisson s'il s'en présente. Ce sont celles qui savent se remuer et s'informer qui trouvent des nourrissons. Il y a un très grand nombre de femmes, excellentes nourrices au sein, de qui on obtient cette réponse qu'elles ne demandent pas mieux que de prendre un nourrisson. Nous évaluons à trois par an et par mille habitants le nombre des femmes qui eussent été de bonnes nourrices, si l'occasion s'en était présentée. Il y a, dans les environs de Paris, quatre à cinq mille femmes qui se trouvent dans cette situation.

Leur inertie, leur hésitation trouvent un argument plausible. « Le nourrisson, se disent-elles, nous met dans l'obligation de sevrer nos propres enfants. Puis, si les parents viennent à nous l'enlever, nous n'aurons que du désagrément et de la perte. Nos propres enfants, en ayant perdu l'habitude, ne pourront plus reprendre le sein; nous serons obligées de continuer pour eux les frais de l'élevage artificiel. Quant à trouver de suite un nourrisson pour remplacer le nourrisson parti, cette chance ne se rencontre jamais. » Ce raisonnement est tout à fait fondé. La mesure qui suit le mettrait à néant : La Préfecture de police servirait d'intermédiaire entre les familles parisiennes et les nourrices de la banlieue. Mais ce serait revenir à un ancien errement, errement qui a été aboli, parce que sans doute il laissait à désirer. C'est qu'alors la surveillance n'existait pas.

Aujourd'hui la loi Roussel permet de recourir à la Préfecture de police dans des conditions toutes différentes de celles qui existaient autrefois.

En effet, les femmes se proposant de prendre un nourrisson au sein et n'en connaissant pas, se procureraient les certificats habituels, c'est-à-dire un certificat de leur maire constatant leur bonne conduite, la bonne tenue de leur habitation et un certificat du médecin-inspecteur de leur région ou circonscription, constatant qu'elles n'ont ni infirmité, ni maladie contagieuse, et qu'elles sont vaccinées. Les maires adresseraient à la Préfecture de police les demandes de nourrissons, accompagnées de ces certificats. La Préfecture inscriraient ces demandes au fur et à mesure qu'elles lui parviendraient. Elle en tiendrait un état ou tableau qui serait mis à la disposition du public. Certainement les demandes arriveraient de suite, nombreuses; il y en aurait plusieurs milliers par an.

Les familles hésiteront d'abord à s'adresser à la Préfecture de police. Pourtant, la nécessité forcera d'y recourir, parce qu'on sera sûr d'y trouver, en quelques heures, le temps de faire venir la nourrice ou d'aller lui porter l'enfant chez elle, le remède aux situations graves qui réclament l'alimentation naturelle. Ainsi sera démontrée d'abord l'utilité de la nouvelle organisation dans les cas urgents. Les premiers succès établiront une confiance plus large et attireront le grand public. Les familles iront plus volontiers consulter le registre des demandes adressées à la Préfecture qu'aux bureaux de placement, qui n'offrent en général aucun choix, quand, par hasard, ils peuvent présenter une nourrice de la banlieue.

Un dossier fort simple, délivré au domicile de la femme qui veut être nourrice, composé de deux certificats : l'un de bonne vie, l'autre de bonne santé, peut-il suffire à la sécurité des familles? Oui, car il suffit dès maintenant toutes les fois qu'il n'y a pas de bureau de placement qui soit intervenu. D'autre part toutes les nourrices de la banlieue, n'ayant de nourrissons que par des intermédiaires officieux, ne passent pas à la visite de la Préfecture. Elles ne possèdent pas d'autre certificat sanitaire que celui du médecin-inspecteur rural, qui est appelé à les surveiller.

Y aurait-il quelque chose de choquant à ce que la Préfecture de police mît sa responsabilité à couvert en faisant visiter par son médecin les femmes auxquelles des nourrissons seraient confiés sous ses yeux ou dans ses bureaux? Remarquons qu'au point de vue administratif, le médecin-inspecteur rural concourt, comme l'inspecteur de la Préfecture, à un service de police. Tous deux sont fonctionnaires. Faire appel à tous les deux serait faire double emploi. Au point de vue scientifique, le certificat de l'inspecteur rural a autant de valeur que celui de l'inspecteur de la Préfecture. Le médecin rural, qui peut plus tard être en relation avec les parents du nourrisson, aurait fort à regretter une erreur commise par lui sur la santé de la nourrice. Et puis, pourquoi un luxe inutile de précautions à l'égard de la femme qui veut prendre un nourrisson, alors qu'on ne demande pas aux familles un certificat de la bonne santé de leurs enfants, qui peuvent aussi être atteints d'affections contagieuses? Au surplus, on pourrait réserver aux familles la facilité de faire visiter à la Préfecture les nourrices qui voudraient bien y consentir.

Les parents n'attendent pas, en général, au dernier moment pour chercher une nourrice. Ils se mettent en quête quelques mois à l'avance. Ils vont chez la nourrice, où ils prennent des informations détaillées avant de l'arrêter tout à fait. Ces investigations des parents leur seront bien faciles à l'égard des femmes qui seraient inscrites à la Préfecture.

Quel que soit le moyen employé pour faciliter le recrutement des nourrices au sein, et pour utiliser toutes celles qui existent dans la banlieue de Paris, le résultat sera satisfaisant. La mortalité y est d'environ 8 0/0 pour l'élevage au sein et de 13 0/0 pour l'élevage artificiel. Cette proportion peut surprendre les médecins qui ont, d'après leur expérience, leur opinion faite sur la supériorité du sein. En réalité, la mortalité chez les

enfants au sein est sensiblement inférieure à la moitié de la mortalité due à l'élevage artificiel. Presque la moitié des enfants en nourrice dans la banlieue sont au biberon, parce que les parents tiennent à les conserver peu éloignés d'eux, et, ne trouvant pas de nourrice au sein, doivent se contenter de l'élevage artificiel. Ces enfants sont bien plus souvent malades que les autres. Souvent aussi, il y a urgence de les mettre au sein; mais il n'est pas rare que cette mesure soit prise trop tard, et qu'elle n'empêche pas l'enfant de succomber après quelques jours passés chez une nourrice au sein. De là, dans la statistique, une aggravation imméritée pour la mortalité au sein, et un allègement pour la mortalité au biberon.

En augmentant de quatre mille environ le nombre des nourrices au sein, on rendrait service aux familles parisiennes, et on diminuerait beaucoup la mortalité générale des nourrissons.

Veuillez agréer, etc...

D[r] Hourlier.

Congrès de Toulouse. — Rectification.

Alais, le 21 novembre 1885.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans son compte rendu de l'Association française pour l'avancement des Sciences, le *Progrès médical* du 19 novembre 1887 s'exprime en ces termes (page 450) : « M. Arnaud lit un travail sur la *recherche des signes directs de la mort dans l'organisme*. Il conclut à l'absence dans l'état actuel de la science, de signes certains de la mort. »

J'ai lu en réalité au Congrès de Toulouse trois mémoires sur les *signes de la mort*. Dans le premier « Introduction à l'étude des signes de la mort » je m'applique à définir la *mort de l'organisme*. Je la fais consister dans la cessation absolue et *définitive* des mouvements du cœur et de l'appareil du rythme respiratoire. Je donne encore à ce dernier appareil le nom de *respirateur*. Dans le deuxième mémoire j'étudie l'état actuel des connaissances sur les signes de la mort, et je conclus à l'absence de certitude pour les signes *immédiats* actuellement connus. Enfin mon dernier travail est le plus important, bien que toute la presse médicale se soit abstenue, — je ne sais pourquoi — d'en rendre compte. C'est une *recherche des signes directs de la mort de l'organisme*. J'arrive à cette conclusion, résultant d'expériences sur les animaux supérieurs, qu'il suffit de constater l'arrêt du cœur et du respirateur pendant 25 minutes pour pouvoir affirmer l'arrêt définitif de ces deux appareils, et, par suite, pour certifier la mort de l'organisme.

J'espère, Monsieur le rédacteur en chef, que vous voudrez bien insérer dans votre estimable journal cette courte rectification que justifie l'utilité pratique de la question traitée, sinon la solution que je donne.

Je vous prie d'agréer, Monsieur et très-honoré confrère, etc.

H. Arnaud.

BIBLIOGRAPHIE

L'Iodisme ; par E. N. Bradley. Paris, 1887. Steinheil, éditeur.

Cette thèse, sortie de l'Ecole de Saint-Louis, est doublement intéressante, et par la nature du sujet, et par l'érudition avec laquelle il a été traité ; érudition rarement déployée dans une thèse qui ne sort pas de l'internat. Les éruptions dues aux *iodides* et aux *bromides* à doses lentes et prolongées, les accidents aigus syncopaux dus à l'emploi des doses massives se généralisent de plus en plus; l'application devenue si étendue de l'iodoforme en chirurgie ajoute une cause d'intoxication aiguë ignorée autrefois, ou tout au moins méconnue. L'expérimentation s'est emparée de ces données et plusieurs observateurs ont été assez heureux pour reproduire des lésions bien caractérisées. C'est là un des coins de la pathologie expérimentale qui tentent le plus et seront de plus en plus fouillés. L'idée mère de cette thèse peut en effet se résumer ainsi : En donnant de l'iode à un sujet, on provoque dans un but thérapeutique une rupture de l'équilibre vital du sujet, une maladie expérimentale, dont les symptômes bornés, de peu d'importance n'auront pas moins une constance et une spécificité admirablement nettes ; or, les accidents de l'iodisme, les complications, si l'ont veut, de l'affection provoquée ne peuvent être et ne seront autre chose que l'accentuation de ces symptômes dits normaux.

Un *historique* complet et intéressant nous montre les accidents iodiques notés dès l'introduction de l'iode dans le traitement de l'hypertrophie thyroïdienne par Coindet, de Genève, Rilliet en 1859, montre le danger des petites doses longtemps prolongées chez les vieillards ; et sépare de l'hydrargyrie les accidents iodiques, consistant dans la boulimie, l'amaigrissement, le marasme, les palpitations et l'état nerveux. On étudie ensuite la *physiologie* de l'iodisme, sa pathogénie ses voies d'entrée. Pour la peau, l'absorption de la teinture d'iode est établie par Dechambre en 1874 L'iodure de potassium est introduit dans les pommades, l'iodoforme à la surface des plaies. Pour les séreuses, les muqueuses, le tissu conjonctif sous-cutané, l'absorption est non moins bien établie. Bornons-nous à rappeler les expériences de Ménière, de Colin, sur l'absorption par le tube digestif.

La toxicité de l'iode ainsi introduit est établie par les expériences de Bouchardat, de Cl. Bernard. L'élimination des iodures par le canal de nutrition et ses glandes l'expose à une réabsorption continue ; qui équivaut à un véritable empoisonnement successif.

L'auteur étudie ensuite les effets cliniques de l'intoxication, prenant d'abord les différents systèmes, puis les éruptions iodiques. Cette distinction nous parait absolument légitime ; en effet les accidents bulbaires graves ; abaissement de la température, élévation du pouls qu'on voyait dans les injections intra-kystiques de teinture d'iode, qu'on retrouve avec les pansements iodoformés sur de vastes surfaces absorbantes ont une toute autre allure et méritent une toute autre description que l'acné d'un syphilitique ou d'un artério-scléreux.

En étudiant ces lésions des différents systèmes, on trouve que l'iode constaté dans *le sang*, y détermine de l'anémie globulaire ; de la faiblesse du pouls. Du côté des *voies respiratoires* on a noté le coryza, symptôme de début, l'asthme nasal, par tuméfaction des cornets, qui en est la suite, la dyspnée et l'enrouement, les congestions et les œdèmes pulmonaires ; et parfois un œdème glottique « formidable » qui a parfois entraîné la mort des patients.

Les lésions du *tube digestif*, ulcérations buccales de forme aphtheuse, inflammations des gencives, des amygdales, des glandes du pharynx, les vomissements nous présentent un certain intérêt. En effet, par expérimentation, Stubenrauch, Binz ont produit et décrit histologiquement des lésions gastriques portant sur les éléments glandulaires eux-mêmes. L'auteur a constaté chez le P[r] Fournier un cas de diarrhée sanguinolente dans l'iodisme. Le foie dans les autopsie d'animaux mis en expérience a été trouvé gras, il y a ictère et congestion.

Binz en dissociant dans une solution d'iodure faible des cellules nerveuses vivantes, a observé la coagulation du protoplasma (facile à produire d'ailleurs avec beaucoup de réactifs). Quoi qu'il en soit, l'iode détermine dans le *système nerveux* des troubles graves ; céphalalgie, convulsions, délire, et surtout un effet narcotique marqué, du moins dans l'expérimentation. Le délire, doux le plus souvent est une demi-ivresse prolongée. On observe de plus un amaigrissement lent, mais continu, la teinte terreuse du visage et une albuminurie inconstante.

Passant maintenant à l'étude des *éruptions iodiques* l'auteur indique d'abord leur multiplicité, signalée par Ricord dès 1839. Les érythèmes et les urticaires siègent le plus souvent sur les avant-bras ou les cuisses Les éruptions papuleuses et pustuleuses siègent sur la face dorsale des mains et sur le visage. Leur type est l'acné. Il peut siéger, notons-le en passant, sur des parties normalement dépourvues de glandes sébacées. On peut observer aussi des nodules d'induration sous-cutanée, des pemphigus à contenus sanguins, des purpuras, dont le P[r] Fournier a observé 15 cas.

La conjonctivite accompagnant le coryza peut devenir grave et constituer une complication oculaire.

Le traitement préconisé par Erlich, le sulfate d'aniline aurait pour effet d'enrayer en quelques heures les accidents.

Signalons enfin la partie de ce travail consacrée à la recherche de l'iode dans les cendres et dans les urines : partie dont l'importance clinique est assez grande, quoique dévolue jusqu'à ce jour aux pharmaciens. Parmi les sept à huit procédés indiqués, l'avenir montrera lequel est le plus pratique ; et, de même qu'on n'hésite plus aujourd'hui devant les manifestations les plus sournoises de l'urémie chronique, on pourra reconnaître et dépister une intoxication iodique grâce à la facilité même avec laquelle le métalloïde s'élimine, et se peut retrouver dans les excreta. Alex. P.

Éléments de médecine suggestive ; par J. Fontan et Ch. Segard. O. Doin, 1887.

Le livre de MM. Fontan et Ch. Segard présente, au point de vue de l'évolution de l'hypnotisme un intérêt particulier, c'est un livre de « *magnétiseurs*, » écrit par des *médecins* dont la parfaite bonne foi ne saurait être mise en doute. La première partie est un exposé de la méthode suggestive, de sa théorie, de ses prétentions. La deuxième, déjà plus personnelle, traite de l'application de la méthode suggestive, des moyens de produire l'hypnotisme, de ses degrés, du réveil et surtout des « doses et formules » de la suggestion, ce sont les propres mots des auteurs. Ces deux mots peignent à merveille toute la tendance de ce livre et il faut féliciter MM. Fontan et Segard de les avoir prononcés ; ils ont eu le courage de leur opinion, je dirais presque qu'ils en ont eu la témérité. La trosième partie est intitulée « RÉSULTATS » et, en sous-titre, « *Observations*, » et, en effet, ce sont bien des observations médicales que celles où, à côté des bons résultats obtenus dans l'anesthésie chirurgicale, dans l'hystérie, les névroses, les troubles névropathiques, les névralgies, etc., on voit encore la suggestion être victorieusement employée dans les apoplexies cérébrales, les myélites, l'épilepsie, les rhumatismes, métrites, affections gastro-intestinale, arthrites, phlegmons, otites, uréthrites, plaies, dermatoses, fièvres intermittentes, rhumatismales, etc., etc., soit près de deux cents pages d'observations. Et cependant on est plus d'une fois tenté de se demander : mais qui donc suggestionne-t-on ici ? P. Marie

Sur la paralysie ascendante consécutive à la coqueluche ; par P.-J. Mobius. (Centralbl. f. Nervenkeilkunde, 1887. N° 5.)

Il s'agit d'un enfant de trois ans qui, six semaines après le début d'une coqueluche et alors que les quintes avaient en grande partie disparu, devint incapable de marcher et même de se tenir droit quand il était assis ; lorsqu'il était couché, il pouvait bien imprimer tous les mouvements à ses membres, mais ces mouvements étaient sans aucune force. Muscles flasques, non atrophiés. Perte du réflexe rotulien des deux côtés ; le réflexe plantaire existait à gauche, n'était pas notable à droite. Excitabilité électrique à peu près normale. La sensibilité ne semblait pas modifiée. Trois semaines environ après cet examen, les jambes étaient un peu plus fortes, mais les bras étaient devenus tout à fait flasques ; les muscles du rachis et de l'abdomen n'étaient pas paralysés, les muscles du cou, au contraire, l'étaient ; paralysie complète du diaphragme. Il n'existait toujours pas d'atrophie ni de trouble de la sensibilité. Absence des réflexes tendineux aux membres supérieurs et inférieurs ; pas de troubles des sphincters. Quatre jours plus tard commença l'amélioration ; les muscles du cou commencèrent à reprendre leur action, la respiration devint plus facile ; enfin, lors d'un nouvel examen, trois semaines après le précédent toute trace de paralysie avait disparu, mais les réflexes tendineux manquaient encore. Un mois après, le réflexe rotulien gauche commençait à reparaître. Mobius pense qu'il s'agit ici non pas d'une myélite ascendante, mais plutôt d'une névrite périphérique, il fait suivre cette observation d'une liste de cas dans lesquels des affections du système nerveux ont été observées au cours de la coqueluche. P. M.

De la névrite puerpérale ; par P.-J. Möbius. *Münch. med. Wochschft*, 1887, n° 9.

L'auteur pense que les névrites consécutives aux infections puerpérales ont comme celles de diverses intoxications (plomb, arsenic, etc.), une tendance à se localiser dans certains territoires. Elles frappent surtout les branches terminales du nerf médian et du nerf cubital ou des deux nerfs, les filets moteurs et les filets sensitifs étant simultanément atteints ; les deux mains sont souvent prises, d'autres fois une seule main, celle qui est le plus employée, la droite. L'affection commence, soit au moment des couches, soit quelques semaines plus tard, elle peut effectuer rapidement tout son développement, ou bien ne se montrer qu'après des prodromes plus ou moins prolongés (en général, douleurs lancinantes). Durée indéterminée. Le plus souvent guérison ; dans les plus mauvais cas, celle-ci reste incomplète. La localisation indiquée plus haut serait de beaucoup la plus fréquente, cependant Möbius a constaté une fois la paralysie des muscles de l'épaule, une autre fois la paralysie légère du plexus brachial ; il a observé aussi des cas de paralysie des membres inférieurs consécutive à la puerpéralité, mais il s'agissait alors le plus souvent d'inflammations du tissu cellulaire du bassin ; il ne faudrait pas non plus faire rentrer dans la catégorie des névrites puerpérales les observations dans lesquelles les altérations des nerfs étaient consécutives à une compression par le forceps ou par l'utérus distendu. De même la myélite puerpérale doit être distinguée de la névrite ; d'après Möbius, elle est à cette dernière ce que l'encéphalopathie est à la paralysie saturnine. Sept observations résumées sont jointes à ce travail. P. M.

Operative Surgery on the Cadaver. (Traité de médecine opératoire sur le cadavre) ; par Jasper Jewett Garmany. New-York, 1887, Appleton and C^e^.

Ce livre dû à l'un des élèves les plus distingués de Wood, de New-York, présente des qualités toutes particulières. Il est clair, il est précis, il est pratique, et cela sans dépasser les dimensions du manuel. Pour nous autres Français, chez qui les traités de médecine opératoire sont loin de faire défaut, il a un intérêt spécial : celui de nous initier d'une façon rapide aux méthodes employées par la chirurgie américaine dont l'habileté opératoire n'est plus à démontrer. Enfin, ce livre étant tout récent, présente cet autre avantage d'être complètement au courant des plus nouveaux procédés, de ceux tout au moins qui méritent d'être recommandés. Les premiers chapitres de ce traité sont consacrés à l'usage des différents instruments et à la description des différentes manipulations. Puis vient l'étude des opérations qui peuvent être faites sur telle ou telle région, ou sur un système anatomique quelconque (opérations sur la tête et le cou ; — sur le tronc, thorax et abdomen ; — sur l'appareil génito-urinaire, y compris celle du raccourcissement des ligaments ronds, la castration, l'oophorectomie, etc... ; — opérations sur les muscles et les tendons ; — opérations sur les nerfs ; — sur le système circulatoire, à ce propos le rétablissement du cours du sang après les ligatures des artères des membres, fait l'objet de deux planches fort instructives ; toutes les ligatures sont passées en revue dans ce chapitre qui contient aussi les données nécessaires pour faire le simulacre de la transfusion. — Puis viennent les opérations sur le système osseux : ostéotomie, suture des os, excisions des maxillaires, résections, etc... — Le dernier chapitre est consacré aux amputations et aux désarticulations, et, comme on pouvait s'y attendre, c'est un des plus importants de cet ouvrage ; les principaux procédés usités pour ces différentes opérations y sont décrits d'une façon qui, pour être concise, ne laisse cependant rien à désirer.

En résumé, le livre de M. J. J. Garmany, pour toutes les raisons que nous avons indiquées plus haut, mérite une place à part parmi les traités de médecine opératoire, et nul doute que cette place il ne se la fasse rapidement.

Un cas de paraplégie spasmodique par traumatisme vertébral ; par Vincent Cammareri (*Gazzetta degli Ospitali*).

Homme de 20 ans, ayant à la suite d'une chute perdu la motilité et la sensibilité dans les membres inférieurs, rétention d'urine pendant une semaine ; dans la suite, il arriva assez souvent que les jambes se fléchissaient d'elles-mêmes d'une façon tout à fait subite et involontaire, ne commença à pouvoir faire quelques pas que sept mois après l'accident. Saillie démesurée des apophyses épineuses des 10^e^ et 11^e^ dorsales. Exagération des réflexes rotuliens. Dans la suite, les troubles de la sensibilité disparurent à peu près complètement, mais non ceux de la motilité. P. M.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1663. 12 *janvier*. — Monsieur Perreau a dit, que suivant la délibération du dernier jour, il vit des mercredi Monsieur de Lauzon l'un des visiteurs du spirituel de l'Hotel Dieu, et lui fit entendre, que la Compagnie avoit trouvé à propos que l'assemblée se tinst en ce bureau, lieu particulierement destiné pour y traiter de toutes les afaires qui regardent l'Hostel Dieu ; que s'ils vouloient on s'assembleroit dez l'après midy dont il feroit avertir ceux de Messieurs du Bureau qui avoient esté députez pour s'y trouver ; ou bien s'ils vouloient que l'assemblée fust tenue en l'hostel de Monseigneur le premier Prezidant, il faloit prendre son heure pour cela ; qu'il lui fit réponse que l'assemblée ne se pouvoit pas tenir cette après midi hors du logis de Monsieur le Doien, dont l'indispozition le retenoit au logis; et qu'il lui feroit savoir ce qui lui avoit esté dit. Qu'hier ledit sieur de Lauzon le vit et lui raporta que Monsieur le Doyen lui avoit dit, que ces sortes d'assemblées ne se pouvoit tenir ailleurs qu'en son logis, comme estant le chef de l'Hostel Dieu qu il y en avoit beaucoup d'exemples, pluzieurs conferences aians esté faites chez lui. A quoi lui sieur Perreau aiant repliqué que depuis neuf ans, qu'il estoit au Bureau, il n'avoit point veu pratiquer cela, ni mesme ouï dire que Monsieur le Doien lui avoit dit, que Monsieur Pietre y estoit venu pluzieurs fois, et que Monsieur Cramoisy qui est encor vivant, en peut rendre témoignage. Sur quoi ledit sieur Cramoisy prenant la parole a dit qu'il ne se souvient point qu'on eut jamais lié aucune assemblée au logis dudit sieur, mais bien d'avoir esté le voir comme particulier, sur quelques chozes qui regardoient le spirituel de l'Hostel Dieu, ledit sieur Perreau a continué et dit, qu'il demanda audit sieur de Lauzon ce que Monsieur le Doien avoit repondu sur l'autre propozition de convenir du lieu de l'assemblée chez Monseigneur le premier Prezidant ; qu'il lui fit réponse qu'il n'en avoit pas parlé audit sieur Doien, qu'il le verroit sur ce sujet ; et à la prière dudit sieur Perreau lui promit reponse dans le jour même, afin de la faire savoir aujourd'hui au Bureau; que le soir il le vint trouver et lui dit qu'il avoit jugé inutile de parler à Monsieur le Doien, comme il lui avoit promis, parce qu'il estoit tout constant, que l'assemblée ne se devoit tenir ailleurs, que chez Monsieur le Doien *comme chef et supérieur de l'Hostel Dieu* ; que les laiettes du Chapitre estoient pleines de requestes, que le Bureau y avoit prezanté souz ce titre, « **A nosseigneurs du chapitre** » pour marquer la superiorité qu'il avoit sur le Bureau : qui n'avoit aucun titre de la qualité qu'il prenoit à prezante de « **maistres et gouverneurs** » de l'Hostel Dieu. A quoi lui, sieur Perreau répondit, qu'il ne savoit point ce que c'estoit que ces requestes alignées, mais qu'il savoit bien que le *Chapitre n'avoit aucune supériorité sur le Bureau, qui est composé de personnes trop eminentes* pour estre souzmis à l'autorité du Chapitre ; que la qualité de maistres et Gouverneurs estoit donnée au Bureau longtemps auparavant qu'il ait eu l'honneur d'y entrer. Ensuite de quoi lui, sieur Perreau eut une longue conférence avec ledit sieur de Lauzon, en laquelle il témoigna ne parler que comme particulier, et non pas comme raportant les sentimens de la Compagnie : à laquelle il promit de faire savoir le tout, comme il a fait à prezant. Sur quoi l'afaire mize en deliberation : et aiant esté remontré que Messieurs du spirituel ne veullent point de conférance, sachant bien que le Bureau conoist que ce seroit préjudicier à l'autorité qu'il doit avoir dans l'Hostel Dieu, que de tenir assemblée chez ledit sieur doien : La Compagnie a aresté que suivant la deliberation du dernier jour, la requeste sera prezentée à la Cour du Parlement *pour faire réaficher* le reglement des accouchées. (*Delibns. Reg.* 31, p. 9).

1663. — 17 *janvier*. — *Extrait des registres du Parlement*. — Veu par la cour la requeste présentée par les maistres gouverneurs et administrateurs de l'Hostel-Dieu de Paris a ce que pour les causes y contenues, il fut ordonné que le nouveau reglement faict par les supplians pour l'exécution des preceddans et pour le bien des pauvres femmes accouchées audit Hostel-Dieu et la police d'icelluy seroit remis et reaffiché à la porte de la salle desdittes accouchees audit Hostel-Dieu, dont il avoit esté arache mesmes au dedans de ladite aux endroitz qu'ils jugeroient à propos de le faire avecq deffense à touttes personnes de quelque quallité qu'elles soient et soubz quelque prètexte que ce soit d'y apporter empeschement et estant affichée, de l'aracher et oster soubz telles peines que de raison. Veu aussy ledict reglement attache a ladite requeste signe Joynot, procureur, ouy le rapport de Jean Doujat, conseiller du Roy en ladite Cour, et tout considéré ladite Cour a ordonné et ordonne que ledict reglement sera remis et affiché à la porte de ladite salle des accouchées au dedans d'icelle et aux endroictz que les supplians jugeront à propos. Faict deffenses à touttes personnes de quelque quallité qu'elles soient et soubz quelque pretexte que ce soit d'y apporter empeschement ny de l'aracher et oster, a peine de cinq cens livres d'amende et de tous despens, dommages et interetz. Faict en Parlement le dix sept janvier mil six cens soixante-trois.

Pro Deo. JOINOT. — ROBIN.

(*Liasse* 875.)

1663. — 19 *janvier*. — Lecture faite au Bureau de l'arrest de la Cour que la Compie a obtenu le dix sept de ce mois, portant que le nouveau reglement du Bureau pour la sale des acouchées sera remis et afiché à la porte de ladite sale, au dedans d'icelle, et aux endroits que la Compagnie trouvera à propos : avec défenses à toutes personnes, de quelque qualité qu'elles soient, et sous quelque prétexte que ce soit, d'y aporter empeschement, ni de l'aracher et oster, à peine de cinq cens livres d'amende et de tous depens, domages et interets : l'afaire mise en déliberation, la Compagnie a arresté que ledit arrest sera transcrit au bas de chacune copie du reglement, qui sera mis et afiché par l'huisser Talnast, demain neuf heures du matin, à la porte de ladite sale, dans le chaufoir et dans l'ofice de ladite sale, au banc et à la chapelle où on batize les enfans ; en quoi il sera assisté du grefier du Bureau; et s'il survient quelque empechement, ledit Talnast en dressera son procès verbal. (*Reg.* 31, p. 14 et *Docts*, tom. I, p. 159.)

1663. — 24 *janvier*. — Le grefier du Bureau a dit, que suivant l'ordre de la Compagnie, il a transcrit l'arrest de la Cour, pour réaficher le règlement du Bureau pour la sale des acouchées, au bas des copies imprimées dudit reglement ; que Talnast, huissier de la Cour les a fait aficher samedi dernier du matin, en quatre endroits de la sale des acouchées, savoir est au chaufoir en l'ofice de la mère, au pilier joignant la chapelle, et à la porte de ladite sale au dehors d'icelle : qu'il n'y a eu aucune rezistance ni contredit : que l'huissier a donné en charge à la portière celui qui est au pilier de la chapelle, *qu'elle a dit ne pouvoir pas répondre de ce qui en seroit fait pendant la nuit* ; que ledit reglement a esté aussi afiché au dedans de la chapelle du Légat, où sont les fonds pour batizer les enfans : qu'il l'a aussi esté dans le cabinet où se tient le prestre qui est en semaine, pour la réception des malades, qui lors estoit le sieur Heurtel, qui témoigna de la répugnance, néantmoins ne l'empêcha pas, l'arrest de la Cour lui aiant esté leu : qu'il dit seulement *que ceux qui faizoient des reglemens, les devoient exécuter, qu'il ne reconnoissoit point d'autres supérieurs que messieurs du Chapitre* : que ledit sieur Heurtel apela monsieur Boucher, maistre de l'Hostel-Dieu, au spirituel, qui estant venu, il lui dit ce qui avoit esté fait, et dit que l'huissier *n'avoit point deu aficher ce reglement, sans en demander permission audit sieur Boucher, qui estoit le maistre dans la maizon* : à quoi lui, grefier, repondit qu'un huissier qui exécute un arrest de la Cour, ne demande congé à personne : que monsieur Forne estant survenu, lui grefier mena l'huissier à la Cour des Cuizines, où ledit reglement fut afiché proche le lieu ou on epluche les herbes; de quoi ledit sieur Talnast dit qu'il dresseroit son proces verbal. Surquoy ledit sieur Forne a fait raport de ce qui fut dit par lesdits sieurs Boucher et Heurtel en ce rencontre, et qu'estant retourné à la sale des acouchées, quelques femmes grosses lui dirent *que ces reglements ne demeureroient guère au lieu où ils avoient esté afichez* : ce qu'il leur defendit de faire, leur disant qu'il y aloit du fouët d'y toucher. Monsieur Perreau a aussi dit : *que dez l'apres midi ledit reglement n'estoit plus au banc du prétre en semaine, que celui de la porte de la sale des acouchées avoit esté au comencement gasté de bouë, mais depuis arachè, aussi bien que ceux du dedans de la sale, que celui de la sale fut araché en partie la nuit, et le lendemain on lui dit que la mère Bazin estoit venue à la cuizine, tenant en main ce qui estoit resté la nuit dudit reglement et le jetant au feu*. Surquoi l'afaire mize en délibération et plusieurs avis aians resté ouverts, la Compagnie a prié Monsieur l'Hoste d'en communiquer à Monseigneur le premier Prezidant, pour avoir son avis sur ce sujet. (*Reg.* 31, p. 20.)

1663. 26 *janvier*. — Monsieur l'Hoste a dit avoir communiqué avec Monseigneur le premier Prezidant, touchant le diférend qui est entre le Bureau et Messieurs du spirituel ; et après lui avoir fait recit exact de ce qui a esté fait en exécution de l'arrest du dix sept de ce mois, de ce qui s'est passé à l'Hostel Dieu en conséquence, de ce qui a esté deliberé au Bureau sur ce sujet, et des derniers avis qui y ont esté ouverts ; ledit seigneur Prezidant a esté d'avis, de prezanter requeste à la Cour, pour avoir permission d'informer par devant Monsieur le raporteur de l'arrest, contre ceux qui ont de nouveau araché ledit reglement et arrest estant au bas, mesme d'obtenir et faire publier monitoire, pour l'information faite, et raporter estre ordonné ce que de raizon : et que ledit reglement et arrest, et celui qui interviendra sur ladite requeste, seront derechef afichez par l'huissier Talnast, aux lieux où ils l'ont desja esté, et partout ailleurs ou besoin sera, avec defenses de l'empecher, et estant afiché, de le gaster et efacer, oster et aracher, à peine de punition corporelle contre les contrevenans. (*Delibns Reg.* 31, p. 22).

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JUILLET AU 30 SEPTEMBRE 1886, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	14	15	1	30
2e	17	18	3	38
3e	21	37	2	60
4e	24	56	13	93
5e	23	29	7	59
6e	13	27	6	46
7e	14	22	8	44
8e	11	7	1	19
9e	12	16	4	32
10e	20	39	9	68
11e	59	99	29	187
12e	29	31	20	80
13e	26	65	23	114
14e	35	56	30	121
15e	35	54	17	106
16e	9	6	3	18
17e	32	62	13	107
18e	48	91	38	177
19e	35	52	19	106
20e	69	75	53	197
	546	857	299	1702

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies		Maladies	
A		**E**	
Angines et laryng.	117	Affect. cérébrales, Paralysies. . . .	76
Croup	29	Eclampsie. Convuls.	51
Coqueluche. . . .	6	Névralgies	35
Ophthalmie. . . .	2	Névroses	57
Corps étrangers de l'œsophage . . .	1	Epilepsie.	16
B		Aliénation mentale.	9
Asthme	28	Alcoolisme. Delirium tremens. .	10
Affections du cœur.	39	Rage.	1
Bronchites aiguës et chroniques. . .	67	Tétanos	1
Pleuro-pneumonie.	41	**F**	
Congestion pulmonaire	19	Rhumatisme . . .	21
C		Affections éruptives	39
Affections et troubles gastro-intestinaux	178	Fièvre intermitt. .	5
Cholérine.	85	Fièvre typhoïde. .	34
Dysenterie	2	Hémorrhagies de causes internes et externes. . .	67
Athrepsie et choléra infantile. . .	50	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	58	Plaies. Contusions.	109
Hernie étranglée .	19	Fractures. Luxations. Entorses .	22
Rétention d'urine .	23	Brûlures	3
Orchite	4	Empoisonnements .	13
Chute du rectum .	2	Asphyxie par le charbon	4
D		— submersion.	3
Métrite. Métro-péritonite	57	Suicide	3
Métrorrhagie . . .	54	**H**	
Fausse-couche . .	59	Mort à l'arrivée du médecin	40
Accouc. Délivrance	137		
Accouc. non terminé	16	Total. . . .	1702

La moyenne des visites par nuit est de 18 50/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22 40/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 32 0/0.
Les femmes — — de 50 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 18 0/0.

Visites du 3e trimestre de 1886 . .		2.061
—	— 1887. . .	1.702
Différence en moins. .		359

Institut zoologique de Liége.

Les plans de l'*Institut zoologique* ont été édifiés de façon à pouvoir servir à deux catégories de travailleurs.

a) Aux élèves se destinant à la profession médicale. *b*) A ceux qui se destinent à une carrière scientifique et aspirent à devenir morphologistes (zoologistes, anatomistes, embryologistes). De futurs médecins doivent s'habituer dès le début de leurs études universitaires à l'observation et à la pratique des méthodes et des instruments en usage dans les sciences d'observations ; être initiés par un travail personnel à la connaissance des grands types d'organisation du règne animal, connaître pour les avoir vus et étudiés par eux-mêmes les principaux parasites de l'homme et les stades successifs de l'évolution de chacun d'eux ; posséder des connaissances pratiques sur les protozoaires ; être initiés à l'embryologie ; avoir étudié suffisamment la morphologie des vertébrés pour comprendre le développement de l'embryon et avoir acquis la conviction que l'organisation humaine est susceptible d'une explication au même titre que tout phénomène morphologique. Les plans de l'Institut ont été élaborés de façon à permettre de donner une instruction pratique aux élèves se destinant à la médecine, et pour servir à l'avancement de la science en formant des morphologistes et en offrant les conditions requises pour l'étude des questions qui se rattachent à la morphologie animale. L'Institut comprend : 1° un *long bâtiment de forme rectangulaire* ; 2° un *arrière corps médian*. L'*arrière corps* de niveau avec le rez-de-chaussée et sans étage comprend : 1° un grand auditoire pour 160 à 180 auditeurs, construit de manière à permettre des démonstrations par projection ; 2° Une salle en amphithéâtre pour les démonstrations macroscopiques à faire après les leçons ; 3° Une salle pour les démonstrations microscopiques ; 4° Une salle de préparation de cours ; 5° Un petit auditoire pour l'enseignement s'adressant aux élèves peu nombreux du doctorat en sciences naturelles. Le grand bâtiment rectangulaire a un sous-sol, rez-de-chaussée et un premier. *Rez-de-chaussée.* Aile droite réservée aux élèves spécialistes, au professeur directeur et au 1er assistant. 1° Laboratoire du professeur avec antichambre ; 2° Laboratoire des élèves ; 3° Bibliothèque à la disposition de ces derniers ; 4° Laboratoire du 1er assistant; 5° Salle pour préparations chimiques et dépôts de produits. Aile gauche : 1 grand laboratoire pour les élèves se destinant aux études médicales ; 2° Laboratoire du 2e assistant ; 3° Collections de types animaux et de préparations destinées à être mises à la disposition des élèves et devant servir à l'enseignement élémentaire *Etage.* Salles pour la conservation et l'exposition des matériaux d'étude. Une salle spéciale est réservé à chaque embranchement (chordés, mollusques, artropodes, échinodermes, vers, zoophytes). Collection d'anatomie comparée. Collection d'embryologie Les grandes collections accessibles au public (mammifères, oiseaux, reptiles, amphibiens, poissons, empaillés, coquilles, etc.), seront exposées dans l'avenir dans un batiment spécial à construire derrière le bâtiment actuel. Dans aucun cas elles ne prendront place dans l'Institut et resteront provisoirement dans les anciens bâtiments universitaires. *Sous-sol. Aile gauche :* 1° Salle pour la dissection des grands animaux ; 2° Salle pour la confection de coupes à travers cadavres congelés et bacs à alcool pour durcir les coupes; 3° Salle de travail pour le préparateur, le prosecteur; 4° Salle pour mouleur ; 5° Salle pour dessinateur ; 6° Habitation du concierge. *Aide droite*: 1° Salles pour macérations et dégraissage des os s'ouvrant exclusivement sur la cour; 2° magasins. *Arrière-corps* : Aquariums marin, d'eau douce, aquarium pour incubation des œufs de poissons, etc. Tarrarium, expectorium. Ecuries pour mammifères destinés à la reproduction pour chiens et lapins; Emplacement pour un moteur et une machine dynamo-électrique La partie extrême droite du bâtiment est destinée à l'habitation du professeur-directeur. Des logements comprenant chacun 2 pièces sont réservés à l'extrême gauche pour deux assistants, l'un au rez-de chaussée, l'autre au premier.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 28. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Delens, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Budin, Reclus ; — (2e partie) (Hôtel-Dieu), (1re *Série*): MM. Potain, Ollivier, A. Robin;—(2e *Série*): MM. Fournier, Damaschino, Déjerine.

MARDI 29. — 2e *de Doctorat*, oral (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Raymond. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Troisier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Duplay, Panas, Peyrot ; — (2e *Série*) : MM. Richet; Tarnier, Campenon ; — (2e partie) : MM. Cornil, Legroux, Ballet.

MERCREDI 30,— (Epreuve pratique) Médec. opér. : MM. Lannelongue, Kirmisson, Jalaguier. — (1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Villejean. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Joffroy.

JEUDI 1er — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral, (1re partie) (1re *Série*) : MM. Richet, Tarnier, Schwartz; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Panas, Bouilly; — (2e partie) : MM. Ball, Dieulafoy, Quinquaud. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Bouchard, Hanot ; — (2e *Série*) : MM. G. Sée, Proust, Raymond.

VENDREDI 2. — (Epreuve pratique) Médec. opér. : MM. Guyon, Reclus, Kirmisson. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Charité), (1re *Série*) : MM. Delens, Budin, Segond ; — (2e *Série*) : MM. Trélat, Marc Sée Maygrier ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, A. Robin.

SAMEDI 3. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Bouilly, Campenon. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Tarnier, Polaillon, Brun : — (2e partie) : MM. Fernet, Legroux, Hutinel

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 30. — M. Cambours. De la cystite primitive idiopathique. — M. Deumié. Contribution à l'étude des réitérations de la fièvre typhoïde. — *Vendredi* 2. — M. de Malherbe. Des avantages de la laparotomie par l'ouverture de certains abcès profonds du bassin. — M. Lyon. Essai sur les rétrecissements du vagin, congénitaux et acquis — M. Desmoulins. Quelques améliorations sur le curettage de la cavité utérine comme traitement de la métrite blennorrhagique. — *Samedi* 3. — M Provendier. De l'intervention chirurgicale dans la sacrocoxalgie. — M. Roger. Contribution à l'étude de la diphthérie. La diphthérie au Havre ;

sa dissémination ; ses causes ; moyens de les combattre. — M. Albert. Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale. — Traitement.

Enseignement médical libre.

Cours de clinique infantile. —M. le Dr OLLIVIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera le lundi 28 novembre, à 9 h. 1/2, à l'hôpital des Enfants-Malades, 145, rue de Sèvres, dès leçons de clinique médicale infantile. Il les continuera tous les lundis de chaque semaine.

Cours de technique microscopique. — M, le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours le lundi 5 décembre, à 4 heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez M. le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 heure à 2.

Conférences de chimie biologique. — M. BOURQUELOT, pharmacien en chef de l'hôpital Laënnec, docteur ès sciences, a organisé, depuis le 19 novembre, des conférences à l'usage de ses internes en pharmacie. — Ces conférences, accompagnées de démonstrations pratiques de chimie biologique et suivies d'examens microscopiques sur les liquides pathologiques, sont destinées à permettre aux internes d'exécuter toutes les recherches qui leur sont demandées dans les services des hôpitaux. M. Bourquelot a exposé, dans la première réunion, l'histoire et les procédés de coloration des microbes du képhir et du bacille de la tuberculose. Nous applaudissons bien volontiers à cette heureuse innovation qui aura certainement pour résultat de relever le niveau de l'internat en pharmacie.

FORMULES

IX. Traitement antiseptique de la diphtérie pharyngée.

Traitement par les antiseptiques combinés.

IX. 1° Badigeonnages avec une solution alcoolique de *sublimé* à un pour mille (Kaulich). On répétera quatre fois par jour ces applications.

2 Irrigations avec une solution d'*acide borique* à un pour cent dans l'intervalle des badigeonnages (Hutinel).

3° A l'intérieur, administrer par cuillerées à café, d'heure en heure, la *potion* de Letzirich au *benzoate de soude*, dont la dose variera de 5 à 10 grammes suivant l'âge des enfants. On la formulera ainsi :

Eau distillée.	} ãã	40 grammes.
Eau de menthe		
Benzoate de soude . .		10 —

F. s. a.

Cette médications doit être associées avec l'administration de l'alcool, du café, une alimentation variée et l'asepsie atmosphérique de la chambre où le malade séjourne. En résumé, le traitement par les mercuriaux est le plus antiseptique, sinon le plus exempt de dangers. (*Rev. gén. de Cliniq. et de Thérap.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 13 novembre 1887 au samedi 19 novemb. 1887, les naissances ont été au nombre de 1227, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 453 ; illégitimes, 162. Total, 615. — *Sexe féminin* : légitimes, 462 · illégitimes, 150. Total, 612

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 novemb. 1887 au samedi 19 novemb. 1887, les décès ont été au nombre de 910, savoir : 481 hommes et 429 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 4, F. 12. T. 16. — Variole : M. 4, F. 3, T. 7. — Rougeole : M. 8, F 6. T. 14. — Scarlatine : M. 3, F. 3, T. 6. — Coqueluche : M. 0, F. 0. T. 0. — Diphthérie, Croup : M. 12 F. 15, T. 27. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 105, F. 53. T. 158. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 13. T. 28. —Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4. T. 4. —Tumeurs malignes : M. 18, F. 33. T. 51. — Méningite simple : M. 16, F. 12. T. 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 30. T. 49. — Paralysie : M. 4, F. 3. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 7 T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 34. T. 57. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 2 T. 11. — Bronchite chronique : M 17, F. 14. T. 31. — Broncho-Pneumonie : M. 7, F. 12. T. 19. — Pneumonie M. 26, F. 31. T. 57. — Gastro-entérite, biberon : M. 14, F.16.T.30. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 9. T. 17. —Autres gastro-entérite : M. 2, F. 2. T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 15. F. 15, T. 30. — Sénilité : M. 10. F. 19. T 29. — Suicides : M. 7, F. 3 T. 10. — Autres morts violentes : M. 6, F. 1. T. 7. — Autres causes de mort : M. 121 F. 70. T. 191. — Causes restées inconnues : M. 4 F. 0. T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 12. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 23; illégitimes, 13. Total : 36.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Laboratoire de Physiologie. Travaux pratiques.* — M. le Dr Paul LOYE, préparateur, fera les lundis, à 5 h. 1/4, au laboratoire, 3, rue d'Ulm, une Conférence complémentaire sur la *Physiologie des tissus.* — La première conférence a eu lieu le 21 novembre.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. VASSEUR, docteur ès sciences, a commencé jeudi 24 novembre, à 4 h. 1/2, dans la salle des conférences de la Sorbonne, un cours élémentaire de paléontologie. Il le continuera les jeudis suivants à la même heure. — Un congé, pendant l'année scolaire 1887-1888, est accordé, sur sa demande, à M. GODARD, préparateur du laboratoire d'enseignement de la physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS. — M. HÉRICOURT, docteur en médecine, est nommé, pour l'année scolaire 1887-1888, préparateur adjoint des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Pignol, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — MM. LABOUGLE et DARAIGNEZ, étudiants en médecine, sont nommés pour deux ans aides d'anatomie à ladite Faculté, en remplacement de MM. Viéron et Rochon-Duvigneaud, dont le temps d'exercice est expiré. — M. CONIL, étudiant en médecine, est nommé pour l'année scolaire 1887-1888, préparateur d'histologie, en remplacement de M. Rochon-Duvigneaud.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. FROMAGET, étudiant en médecine, est nommé préparateur d'histoire naturelle à ladite Faculté, en remplacement de M. Douteau, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. BLOCH, professeur agrégé au lycée de Clermont, est chargé, en outre, de faire deux conférences de physique par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1887-1888, en remplacement de M. Colardeau, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — M. DAMIEN, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. VOULMIER, préparateur de physique à ladite Faculté, est nommé chef des travaux pratiques de physique à la même Faculté (emploi nouveau). — M. CHAPUT, licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Voulmier, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — Un congé d'inactivité d'un an est accordé, à partir du 1er décembre 1887, à M. Chassieu, professeur de minéralogie et de géologie à ladite Faculté.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — MM. les Drs Johannes GAD et Albert KOSSEL sont nommés professeurs extraordinaires (physiologie) à la Faculté de médecine de Berlin. — A été nommé à la direction du Jardin botanique et du Musée de l'Université de Berlin le professeur comte SOLMS LAUBACH (de Gœttingen).

CONCOURS POUR LES MÉDECINS DU BUREAU DE BIENFAISANCE. — Il y a déjà quelques jours s'est ouvert à l'Assistance publique le premier Concours pour la nomination aux emplois de médecin du Bureau de Bienfaisance. La question (n° 3) a été la suivante : « *De la délivrance artificielle, conduite à tenir dans les différents cas.* » — Les deux autres questions étaient : *Conduite à tenir dans la présentation du siège* ; — *Conduite à tenir dans le cas d'hémorrhagie utérine survenant après l'accouchement à terme.*

CONCOURS DE L'INTERNAT ET DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Les Concours pour l'Internat et l'Externat se sont terminés cette semaine à l'hopital Saint-André. — Voici dans quel ordre ont été classés les candidats. *Internat* ; MM. Lamarque. Bitot, Draquehaye, Fage, Chabrely, Lespinasse, Desmartin, Rouchaud, Faivre, Dumur, de Nazaris, Saint-Hilaire, Lacaze, Berger, Baudet, Estradere, Four, de Saradac, Gaule,

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* — La séance, spéciale pour les candidats devant faire leur volontariat cette année, a eu lieu mercredi dernier. La question posée à cette épreuve orale a été : *Rapports du cœur; signes et diagnostic de la péricardite aiguë.*

Concours de l'Externat. — Questions traitées : *Articulation du coude ;— Muscles fessiers.—Veines du membre supérieur.*

COLLÈGE DE FRANCE. — M. MAREY, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1887-1888, par M. François FRANCK. — M. BROWN-SEQUARD, professeur de médecine audit Collège, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1887-1888, par M. D'ARSONVAL.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine : au *grade de médecin principal*, les médecins de 1re classe : MM. Delisle et Ségard ; au *grade de médecin de 1re classe*, les médecins de 2e classe : MM. Dufourcq, Castellan, Kergrohen, L'Honen, Aubry et Millon.

HOSPICE D'ELBEUF. — M. le Dr RIDENT, médecin-adjoint, est nommé médecin titulaire.

HOSPICES CIVILS DE TOULOUSE. — *Concours pour six places d'élèves internes en médecine.* — La Commission administrative donne avis que le lundi 12 décembre prochain, à dix heures du matin, un Concours sera ouvert à l'Hotel-Dieu, pour la nomination à six places d'élèves internes en médecine dans les hôpitaux.

MÉDECIN-DOCTEUR ÈS-LETTRES. — M. Ernest FALIGAN, docteur en médecine de la Faculté de Paris, soutiendra les deux thèses suivantes pour le doctorat devant la Faculté des lettres de Paris, en Sorbonne, le mercredi 30 novembre, à midi. — Thèse latine : *De Marlovianis fabulis.* Thèse française : *Histoire de la légende de Faust.*

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Zoologie anatomique.* — Les travaux du laboratoire de zoologie ont commencé au Muséum d'histoire naturelle, sous la direction de M. le professeur Milne-Edwards, le lundi 1er novembre 1887, à midi, et auront lieu tous les jours de midi à 4 heures, pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1887-1888. Ils consisteront en dissections, autres exercices pratiques et conférences. Le laboratoire de recherches restera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire. Les étudiants qui voudront prendre part à ces travaux devront se faire inscrire au laboratoire, rue de Buffon, 55. Le registre d'inscription est ouvert tous les jours de midi à 4 h.

Bourse du Museum. — Sont nommés boursiers, pour jouir, pendant l'année scolaire 1887-1888, des bourses ci-après désignées, les jeunes gens dont les noms suivent. BOURSES D'AGRÉGATION : (1re année) MM. Carpentier, licencié ès sciences physiques, mathématiques et naturelles; Chudeau, licencié ès sciences physiques et naturelles; Constantin Lefebvre. — BOURSES DE DOCTORAT (1re année); MM. Chauveau et Rahon, licenciés ès sciences naturelles. Une prolongation de bourse est accordée, pendant l'année scolaire 1887-1888 aux boursiers dont les noms suivent : — DOCTORAT (1re année), M. Veillard, licencié ès sciences naturelles. — DOCTORAT (2e année), MM. Biétrix, licencié ès sciences naturelles; Boule, licencié ès sciences physiques et naturelles, agrégé des sciences naturelles ; Goguel, licencié ès sciences naturelles; Ménigaux, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, agrégé des sciences naturelles ; Perrin, licencié ès sciences physiques et naturelles; MM. Meunier et Wertheimer, licenciés ès sciences naturelles.

RÉCOMPENSES. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, M. le Ministre du commerce a décerné les récompenses suivantes aux médecins d'eaux minérales. *Médaille d'or :* M. le docteur Philbert, médecin inspecteur des eaux de Brides (Savoie) : série de mémoires importants sur la cure de l'obésité de 1876 à 1885, et, en dernier lieu, travail sur la cure de l'obésité héréditaire chez les enfants et les adolescents. — *Rappels de Médaille d'or :* M. le docteur Tillot, médecin-inspecteur aux eaux de Luxeuil (Haute-Saône), auteur de travaux très estimés sur l'hydrologie et la pathologie médicale ; médaille d'or (1880) déjà rappelée en 1884. M. Lacour, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Oran : analyse de la source thermale de bains de la Reine (Algérie) ; médaille d'or (1884). — *Médailles d'argent :* M. le docteur Cazaux, médecin consultant aux Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées) : excellente étude sur le traitement hydrologique de la phthisie pulmonaire, et particulièrement sur les eaux thermales d'Espagne ; médaille de bronze (1877). M. le docteur Challon de Belval, médecin principal de l'armée aux eaux de Bourbonne (Haute-Marne) : mémoire sur les eaux de cette station ; médaille de bronze (1874). M. le docteur Cros, médecin-inspecteur des eaux de Lamalou-le-Bas (Hérault) : rapport statistique bien fait et bons corollaires à la suite sur le traitement à Lamalou des paralysies consécutives aux maladies aiguës ; médaille de bronze (1883). — *Rappels de médaille d'argent :* M. le docteur Laissus, médecin-inspecteur des eaux de Saliès (Savoie) : propose dans son rapport des améliorations qui pourraient être très avantageuses à la station et aux malades ; médailles d'argent (1876). M. le docteur Blanc, médecin-inspecteur des eaux d'Aix (Savoie) : mémoire sur l'action des eaux d'Aix dans les maladies du cœur ; médaille d'argent (1884). M. le docteur Bouyer, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées) : très bon rapport général ; étude sur les eaux dites dégénérées de Cauterets ; médaille d'argent (1885). M. le docteur Gubian, médecin-inspecteur des eaux de la Motte-les-Bains (Isère) : rapport bien fait sur les eaux de la station ; médaille d'argent (1870). M. le docteur Grimaud, médecin-inspecteur des eaux de Barèges (Hautes-Pyrénées) : très bon mémoire sur l'action des eaux de Barèges dans la syphilis; médaille d'argent (1873).— *Médailles de bronze :* M. le docteur Fargues, médecin consultant aux eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées) : trois brochures remarquables sur les eaux de cette station. M. le docteur Mignot, médecin consultant aux eaux de Fougères (Nièvre) : études cliniques sur les eaux de cette station. M. le docteur Deligny, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie) : rapport général bien fait, avec corollaires intéressants sur l'action des eaux.

UNE NOUVELLE OVATION EN FAVEUR DU PROFESSEUR BOTKIN. — Samedi dernier, à l'hôpital Cochin, à la visite de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, une ovation enthousiaste a été faite au professeur Botkind, par les étudiantes et les étudiants de Russie. L'une d'elles lui a offert un bouquet et a remercié le célèbre professeur de l'intérêt qu'il porte à la question de l'éducation médicale des femmes en Russie. Un étudiant russe lui a aussi souhaité la bienvenue. M. Dujardin-Beaumetz a ajouté quelques mots. M. Botkin a promis à ses compatriotes de faire tout ce qu'il pourrait pour le plus grand bien de l'enseignement de la médecine en Russie. — Nous apprenons à la dernière heure qu'une autre ovation lui a été faite au cours du professeur Fournier.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr SALLAUD DE GÉMOZAC (Charente-Inférieure), tué dans un accident de chemin de fer. — M. le Dr DURAND (d'Ager). — M. le Dr GUILLABERT de Toulon). — M. le Dr FOURNIE (de Reims) — M. le Dr TROLLIER (d'Alger). — M. le Dr MARCHAND (de Reims).— M. le Dr TEIRLINCK, décédé à 44 ans à Gand. — M. le Dr DAVID, décédé à Morertel (Isère), à 67 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

HONNORAT (J.). — Processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque. Volume in-8° de 103 pages, avec 2 planches hors texte. — Prix : 3 fr.

LUYS (J.). — Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisme. Volume in-8° de 106 pages, avec 7 planches hors texte.—Prix : 5 fr.

RINDFLEISCH (E.). — Traité d'histologie pathologique. Traduit et annoté sur la 6e édition allemande, par GROSS (Fr.) et SCHMITT (J.). Volume in-8° de 869 pages, avec 359 figures. — Prix : 15 fr.

VALLAS (M.). — Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. Brochure in-8° de 90 pages. — Prix : 2 fr.

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA. — XIIe Congresso medico ed esposizione, Pavia, 1887. Brochure in-8° de 43 pages. — Pavia, 1887. — Tipografico Bizzoni.

JELGERSMA (G.). — Beitrag zur Morphologie und Morphogenese des Gehirnstammes. Brochure in-8° de 23 pages. Extrait du *Centralblatt für Nervenheilkunde.* — Bendorf, 1887.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 49. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 3 DÉCEMBRE 1887.

Le Progrès Médical

REVUE CRITIQUE

CARDIOCENTÈSE

Ponction des cavités du cœur et en particulier des cavités droites ;

Par I. BRUHL, interne des hôpitaux.

I. *Historique.*

Le mot de *Cardiocentèse* (1) a été introduit dans la science par les Américains pour désigner une opération ayant pour but de pénétrer dans les cavités du cœur et d'en retirer une partie de son contenu. C'est une saignée pratiquée sur l'organe central de la circulation.

Ce sont les Américains qui ont voulu faire de cette opération un procédé thérapeutique; aussi ont-ils tenté d'en fixer le manuel opératoire et d'en établir les indications et les contre-indications. Cependant, comme il arrive souvent en pareil cas, c'est une faute opératoire qui a valu à la science les premières observations de ponctions du cœur. Tous les auteurs qui se sont occupés de la paracentèse du péricarde ont signalé la possibilité de la piqûre du cœur; tous les médecins, qui ont eu l'occasion de pratiquer cette opération, se sont sentis justement émus en songeant à la possibilité d'un pareil accident. On sait déjà de longue date que certaines plaies du cœur se comportent simplement; que même des corps étrangers ont pu y prendre droit de domicile. Rappelons, à ce propos, une autopsie faite à la Charité, et dans laquelle on rencontra par hasard une aiguille dont la pointe était engagée dans la cloison interventriculaire, et dont le reste était libre dans la cavité d'un ventricule, sans avoir occasionné aucun accident du vivant du malade. Les physiologistes savent bien aussi par l'expérimentation sur les animaux que le cœur est un organe tolérant. Pourquoi, certaines précautions étant prises, n'en serait-il pas de même chez l'homme ?

Voici une curieuse observation de piqûre du cœur, qui vient à l'appui de ce que nous avançons. Elle est rapportée par Callender (2).

Un homme robuste garda pendant neuf jours une aiguille fixée dans le thorax, au niveau de la pointe du cœur; il put néanmoins vaquer à ses occupations. Le seul symptôme pénible qu'accusait cet homme était une douleur vive, qui le décida à s'adresser à un chirurgien. — On fit une incision dans le cinquième espace intercostal : on trouva le chas de l'aiguille cassé au niveau du muscle intercostal; on sentit l'extrémité de l'aiguille que l'on retira avec une pince.

La guérison fut rapide et sans incident. Le diagnostic de piqûre du cœur s'imposa de par les mouvements synchrônes aux contractions cardiaques qui furent communiqués à l'aiguille. Quant à la douleur accusée par le malade, il a semblé rationnel au médecin de la mettre sur le compte d'une lésion du nerf intercostal.

(1) Nous employons le mot *Cardiocentèse*, de préférence au mot anglais *Cardicentèse*, parce qu'il existe déjà dans la littérature médicale française et parce qu'en France l'usage a prévalu d'employer le radical *Cardio* pour ce qui se rattache au cœur : par exemple, on dit : cardiopathie, cardiographe, etc.

(2) *Medical Times and Gazette*, Londres, mai 1873, p. 212.

Cette observation montre bien l'innocuité absolue de certaines piqûres du cœur. La littérature médicale renferme nombre de ponctions accidentelles du cœur qui n'ont pas été préjudiciables aux malades.

Le premier fait de ce genre, bien observé, appartient à Baizeau (1). Croyant avoir affaire à un épanchement péricardique, il fit une ponction avec le trocart de Reybard; en quelques secondes, il put recueillir 400 grammes de sang veineux, tout à fait analogue au sang d'une saignée ordinaire. Après un soulagement momentané, le malade mourut d'épuisement deux heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva 450 grammes de sang dans la cavité péricardique.

M. Roger (2) en rapporte un cas analogue. Une petite malade atteinte de péricardite, présentait des signes alarmants de dyspnée. M. Roger fit une ponction qui donna 100 grammes de sang veineux; le sang coulait à jet continu; la malade se sentit soulagée. Cinq jours après, on fit une seconde ponction; on retira un liquide absolument séreux. La malade mourut un mois après. L'autopsie démontra l'existence d'une péricardite hémorrhagique sans fausses membranes; on ne trouva aucun indice de la piqûre du cœur. Il est permis, néanmoins, d'affirmer que la première ponction a intéressé le cœur et n'a pas été suivie d'hémopéricarde, puisque une seconde ponction a évacué de la cavité du péricarde un liquide citrin et séreux.

MM. Bouchut (3) et Danlos (4) rapportent une observation très intéressante. Une malade de 11 ans, atteinte depuis six semaines de pleurésie, en voie de guérison, continue à présenter les symptômes d'une affection dyspnéique grave. M. Bouchut arrive au diagnostic de péricardite, et, le 14 octobre, fait une ponction dans le cinquième espace intercostal gauche à 1,5 centimètres du bord gauche du sternum. Cette ponction donne issue à un liquide citrin et amène une amélioration dans l'état de la malade. Les jours suivants, on fit encore trois ponctions. Le 28 octobre, cinquième ponction; elle donne issue à 200 grammes de liquide fortement chargé de sang. On enfonce un peu la canule et il sort rapidement 100 gr. de sang pur qui se coagule aussitôt dans l'aspirateur. Le trocart est agité par les contractions du cœur. Aucun doute n'est possible sur la perforation du myocarde et la pénétration de la canule dans une cavité cardiaque. Cependant l'enfant n'accuse aucun symptôme pénible. Le pouls est peu influencé : la malade est un peu soulagée. L'auscultation ne révèle aucun bruit péricardique nouveau. Trois autres ponctions sont faites les jours suivants. La dernière donne de nouveau issue à du sang pur, en même temps que l'instrument est agité de violentes secousses rhythmiques. L'état général laissant à désirer, la malade étant dans un état presque désespéré, on retire de suite la canule. Rien de spécial n'a été noté pendant cette dernière ponction. L'enfant meurt deux jours après. A l'autopsie, on a trouvé le péricarde dis-

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (août 1868).

(2) *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* (1868).

(3) *Gazette des hôpitaux* (1873, p. 1130).

(4) *Bulletins de la Société anatomique de Paris* (1873, p. 781).

tendu par un liquide sanieux. Aucune adhérence. Pas de sang dans le péricarde. Dégénérescence ancienne du myocarde. Il est impossible de trouver la trace des piqûres.

M. Roger (1), dans un mémoire sur la *Paracentèse du péricarde*, lu à l'Académie de médecine et publié dans ses *Bulletins*, en 1875, insiste sur la possibilité des piqûres du cœur, craint leur gravité et conclut en disant qu'il faut être très prudent quand on veut faire la ponction du péricarde, d'une part, à cause de la difficulté du diagnostic de l'épanchement péricardique, d'autre part, à cause des complications ou accidents possibles. Il termine en conseillant comme lieu d'élection de la ponction le cinquième espace intercostal gauche, à mi-chemin entre le bord du sternum et le mamelon ; on éviterait ainsi les artères mammaire interne et coronaire; peut-être aussi aurait-on ainsi plus de chance d'éviter le cœur. Malgré les craintes de M. Roger sur la gravité des ponctions du cœur, il convient que souvent cet accident n'a pas été funeste, que quelquefois même il a été suivi d'un amendement réel. Il cite à ce propos une observation personnelle. Un jeune garçon entre dans son service pour un rhumatisme articulaire aigu, avec complication cardiaque. La matité précordiale étant très augmentée, M. Roger fait une ponction qui donne 200 grammes de sang pur; le cœur était sûrement touché. Une amélioration notable s'ensuivit. La péricardite guérit, mais l'enfant succomba cinq mois après à une affection organique du cœur.

Les observations analogues sont nombreuses ; nous n'avons pas la prétention de les rapporter toutes. Nous nous réservons cependant d'en citer encore quelques-unes, dans le cours de ce travail, plus particulièrement étudiées au point de vue de la ponction même du cœur. Ainsi nous résumerons les observations de Evans (2) et Hulke, Dana (3), Dacre (4), Corwin (5), etc.— Nous arrivons de suite au travail de Westbrook (6), qui, le premier, voulut faire de la « Cardiocentèse » une opération réglée et qui, le premier, fit, dans un but thérapeutique, la ponction aspiratrice du cœur. Ce mémoire a donné lieu, en Amérique, à des appréciations diverses. J.-B. Roberts (7) et Leuf (8) ont plaidé la cause de la cardiocentèse; Cheesmann (9), Dana, l'ont violemment attaquée.

Les observations que nous avons pu parcourir traitent presque toutes de la ponction du cœur droit ; c'est plus particulièrement aussi la ponction du cœur droit que nous nous proposons d'étudier. En effet, les ponctions accidentelles ont porté plus souvent sur le cœur droit que sur le cœur gauche, à cause de ses rapports beaucoup plus étendus avec la paroi thoracique. La dilatation cardiaque est toujours beaucoup plus prononcée dans les cavités droites ; or, comme on le verra, le but de la cardiocentèse est de remédier à cette dilatation du cœur. En somme, la situation anatomique du cœur droit l'expose aux piqûres accidentelles; sa pathologie le met dans les conditions qui le rendent justiciable de l'opération que nous allons exposer.

(1) *Bulletins de l'Académie de Médecine* (1875, p. 1202).
(2) *British medical Journal* (29 mai 1875, p. 725).
(3) *Medical Record de New York* (3 février 1883, p. 140).
(4) *Bristol medico-chirurgical Journal* (1885, p. 189).
(5) *Medical Record de New-York* (10 mars 1883, p. 263).
(6) *Medical Record de New-York* (23 decembre 1882, p. 706).
(7) *Boston medical and surgical Journal* (1883, p. 79).
(8) *American Journal of medical Sciences* (janvier 1885).
(9) *Medical Record de New-York* (14 novembre 1885, p. 706).

II. — *Indications de la cardiocentèse.*

Leuf (1) a résumé l'indication fondamentale de cette opération comme suit : « Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une dilatation considérable du cœur mettant la vie du malade en danger, la cardiocentèse est indiquée. » Pourtant Leuf fait immédiatement suivre cette proposition d'une restriction capitale: l'opération n'a de chance de succès qu'en l'absence de toute lésion organique. En effet, s'il y a lésion organique, la ponction ne suffit pas; elle donne seulement un soulagement temporaire au malade, puisque l'affection primitive persiste toujours. Ces lésions organiques peuvent porter soit sur l'endocarde, lésion valvulaire ou orificielle, soit sur le myocarde, dégénérescence graisseuse, sclérose. Pour ce qui est de la dilatation du cœur sans affection organique, elle ne se rencontre guère que dans les affections chroniques du poumon, surtout l'emphysème; mais, dans ce cas, elle paraît peu justiciable de la cardiocentèse. Il faut qu'il y ait surdistension rapide, paralysie quasi subite du cœur, pour que l'opération ait sa raison d'être. Or, ces conditions sont réalisées dans une forme de congestion pulmonaire un peu spéciale, qui a été le point de départ d'un mémoire de M. Leuf, paru dans l'*Américan Journal of médical Sciences* (janvier 1885). Nous croyons qu'il n'est pas inutile de résumer ce travail.

Il s'agit d'une congestion pulmonaire bilatérale, intense, se rencontrant surtout chez des surmenés, des dégénérés ou des alcooliques. La cause occasionnelle en est le froid; mais, en réalité, la cause effective paraît être une paralysie des vaso-moteurs. La durée en est très courte : 36 à 48 heures est un grand maximum; d'après la plupart des observations, les malades auraient été enlevés en 6 à 12 heures. Dans ces cas, la mort paraît due moins à l'asphyxie qu'à une défaillance du cœur, qui est impuissant à vaincre la surdistension du cœur droit. A l'autopsie, les poumons ont été trouvés uniformément noirs; à la section, s'écoulait une grande quantité de sang noir épais. Les deux poumons étaient uniformément pris dans leur totalité sans noyaux de broncho-pneumonie. L'imperméabilité du réseau capillaire du poumon retentit rapidement sur le cœur droit, et c'est plus par le cœur que par les poumons que meurt le malade. Dans ces cas, Leuf a toujours trouvé le cœur droit très distendu; il existait une insuffisance tricuspidienne telle que le cœur droit formait une vaste cavité auriculo-ventriculaire. Le plus souvent, le cœur gauche était vide ou ne renfermait que peu de sang : il en était de même pour les veines pulmonaires, ainsi que le système veineux périphérique. On ne trouva ni lésions valvulaires ni orificielles. A l'autopsie donc, on put constater que tout le sang stagnait dans le cœur droit, les veines caves, l'artère pulmonaire et le poumon ; d'où rupture de l'équilibre de la circulation. Aussi a-t-on pu dire que ces malades mouraient par le cœur.

Dans ces cas, Leuf préconise la cardiocentèse et, ajoute-t-il, il faut y recourir de bonne heure. Westbrook, en 1882, s'est trouvé en présence d'un cas analogue; il est vrai que l'affection avait débuté par une pneumonie du sommet. C'est alors qu'il pratiqua pour la première fois cette opération. Voici, d'ailleurs, cette observation qui mérite d'être traduite en entier (2).

Un Allemand, âgé de 50 ans, père d'enfants bien portants, d'une constitution robuste, d'une sobriété parfaite, exempt de

(1) *American Journal of medical Sciences* (janvier 1885).
(2) *Medical Record de New-York* (23 décembre 1882, p. 706).

toute tare, avait toujours joui d'une bonne santé. Le 10 novembre il est pris d'un frisson léger, de fièvre et d'un violent point de côté à droite. L'auscultation révèle quelques frottemets pleuraux à la base droite : on crut donc à une pleurésie. Le lendemain, 11 novembre, apparurent des crachats rouillés de pneumonie et du souffle tubaire au niveau du sommet du poumon droit. Pouls plein et bondissant. Fièvre vive, délire. La pneumonie évolua normalement jusqu'au 15 novembre. A cette date, la respiration devint rude dans le poumon gauche et l'on y entendit des râles sous-crépitants. C'est alors que le Dr Westbrook fut appelé en consultation. Voici ce qu'il put constater : Respiration pénible, faciès anxieux, subdelirium, pouls vigoureux et régulier. L'examen confirma l'existence d'une pneumonie du sommet droit, plus une congestion pulmonaire bilatérale. Les battements du cœur étaient énergiques; mais déjà la distension du cœur droit était telle, qu'on percevait très nettement ses mouvements dans les 3e et 4e espaces intercostaux droits. Le matin, T. 38°,5 : P. 134; R. 27. Le soir, T. 40°; P. 140; R. 28

Ayant affaire à un homme vigoureux, on institua un traitement énergique : alcool, stimulants de toutes sortes; enfin, on lui prescrivit de la teinture de digitale et de noix vomique, dans l'espoir de rétablir l'équilibre de la circulation.

Le 16 novembre, l'état du malade empire. Matin, T. 38°; P. 128; R. 36. Même traitement.

Dans la journée, T. 38°,5; P. 140; R. 45. La respiration est très pénible; le pouls reste fréquent, plein, mais présente quelques intermittences; les râles humides augmentent dans le poumon gauche. Tout espoir de guérison était perdu. Le soir, le pouls est à 150, avec 40 respirations.

C'est dans ces conditions que M. Westbrook se crut autorisé à tenter la ponction de l'oreillette droite, afin de décharger le cœur d'une partie du sang qui le surdistendait et qui entravait son action. Ce fut la méthode aspiratrice à laquelle il eut recours; après avoir choisi une aiguille très fine, que l'on flamba, on fit la ponction dans le 3e espace intercostal droit, tout près du bord droit du sternum; l'aiguille fut enfoncée à une profondeur de 5 centimètres. A ce moment, la main de l'opérateur eut la sensation que l'aiguille avait pénétré dans l'oreillette. Effectivement, on avait la sensation nette d'être dans une cavité; de plus, on percevait des mouvements synchrones aux contractions du cœur, transmis par l'instrument. On ouvrit le robinet; quelques gouttes de sang seulement tombèrent dans le réservoir. On poussa l'aiguille de façon à l'enfoncer davantage; on pénétra alors dans un corps beaucoup plus dur; des mouvements assez étendus furent communiqués à l'instrument. M. Westbrook diagnostiqua une piqûre de l'aorte; on retira un peu l'aiguille, qui revint dans l'oreillette : on refit le vide; mais il ne s'écoula pas de sang. Craignant de laisser séjourner trop longtemps cette aiguille dans le cœur, on la retira, afin de prévenir la formation d'un caillot. Le malade n'avait guère éprouvé de douleur; la piqûre du cœur n'avait occasionné aucune sensation bien pénible, l'action du cœur, d'ailleurs, ne fut en rien modifiée. La piqure de l'aorte avait donné lieu à une sensation d'angoisse pénible dans la région précordiale, et le malade crut qu'on avait piqué un os. Il était sept heures du soir.

L'opération n'avait pas réussi pour deux raisons : 1° afin de ponctionner l'oreillette en plein, l'aiguille avait été légèrement déviée en dedans et, en la faisant pénétrer plus profondément, elle avait perforé l'auricule et heurté la tunique externe de l'aorte; 2° l'aiguille choisie avait été trop petite; le sang n'y passait pas avec une rapidité suffisante et avait le temps de se coaguler dans le tube.

A onze heures du soir, le malade étant *in extremis*, on tenta une nouvelle ponction avec une aiguille un peu plus forte; elle avait 1 millimètre 1/2 de diamètre. L'aiguille, flambée, fut enfoncée dans le 3e espace intercostal, directement d'avant en arrière, à une profondeur de 5 centimètres. On sentit que l'aiguille avait pénétré dans l'oreillette; le robinet fut ouvert, le sang coula dans l'appareil. Aucune douleur, aucune angoisse ne furent ressenties par le malade pendant l'opération. On retira ainsi environ 100 grammes de sang noir. L'aiguille fut retirée; la petite plaie donna issue à quelques gouttelettes d'un sang très noir. L'aiguille n'avait séjourné que 30 secondes dans le cœur. Cinq minutes après l'opération, le pouls était à 150; une demi-heure après, il était à 148. Le pouls restait donc fréquent, mais il était moins dur; les intermittences avaient totalement disparu. Le malade avait toujours 40 respirations par minute; mais il déclara de lui-même qu'il se sentait soulagé. On prescrivit une potion stimulante. La nuit fut meilleure; la famille avait même repris de l'espoir.

Le lendemain, cependant, la congestion œdémateuse du poumon gauche avait encore augmenté. P. 138; R. 38. A dix heures et demie, le malade s'agita dans son lit, s'accouda et retomba mort.

Autopsie. Elle fut pratiquée trente-quatre heures après la mort.

Deux petites taches, seuls vestiges de la piqûre, furent trouvées à la peau; les couches sous-jacentes étaient infiltrées de sang dans un espace de 1 centimètre carré. Sur les plèvres costale et viscérale, on trouva deux ecchymoses un peu plus étendues. Cette hémorrhagie légère était due à la piqûre d'une veinule, tributaire de la mammaire interne. Le poumon, à ce niveau, présenta un peu de rudesse au toucher; mais on ne put trouver trace du passage de l'aiguille. Sur la plèvre médiastine, on reconnut deux taches sanguines de 5 millimètres de diamètre; le péricarde pariétal présenta également deux points rouges correspondant aux précédents.

Sur l'oreillette, il fut presque impossible de retrouver la trace des piqûres; une légère éraillure, située au niveau de la base de l'oreillette, indiquait où on avait passé la première piqûre. On trouva également une tache rouge de 3 millimètres dans la tunique externe de l'aorte, près de sa base. La cavité péricardique renfermait 100 grammes d'un liquide séreux fortement teinté en rouge; le long du bord inférieur du cœur, il y avait un filament de fibrine coagulée, long de 2 centimètres, de teinte rosée.

Un coagulum membraniforme, mince, rosé, était étendu audevant de l'oreillette droite, dans sa moitié inféro-interne, jusqu'au sillon auriculo-ventriculaire; là, le coagulum devenait plus coloré et plus épais; le tout représentait une dizaine de grammes de sang. Cet exsudat était peut-être dû (telle était l'hypothèse de Wetsbrook) à une péricardite. En effet, la partie droite du péricarde était en rapport avec la plèvre enflammée, et présentait un certain épaississement. Toutes les cavités du cœur étaient remplies de caillots noirs, qui occupaient aussi les veines caves, l'artère et les veines pulmonaires, l'aorte. Dans le ventricule droit, on trouva un petit caillot fibrineux, blanc, adhérent aux colonnes charnues, mais ne s'étendant ni dans l'oreillette, ni dans l'artère pulmonaire.

Le lobe supérieur du poumon droit était à l'état d'hépatisation grise; la plèvre, injectée et épaissie, présentait des fausses membranes. La base du poumon était noire, en partie atélectasiée, et recouverte de masses fibrineuses coagulées, comme dans la pleurésie la plus aiguë; d'ailleurs, peu de liquide dans la plèvre. Du côté gauche, adhérences pleurales anciennes généralisées; le poumon gauche était noir et laissait s'écouler du sang noir à la section. Les bronches renfermaient une sécrétion muco-purulente, légèrement teintée de sang.

Westbrook fait suivre cette intéressante observation des considérations suivantes : la ponction de l'oreillette droite est facile; elle ne s'accompagne et n'est suivie d'aucun symptome alarmant. Si la ponction avait été pratiquée plus tôt, si on avait soustrait plus de sang au malade, peut-être le résultat aurait-il été plus satisfaisant; mais si on n'a pas retiré plus de sang, il faut en incriminer la crainte, fort justifiée d'ailleurs, de laisser la canule séjourner trop longtemps dans le cœur, surtout dans le cas particulier où il s'agissait d'un pneumonique. (*A suivre.*)

UN NOUVEL HÔPITAL D'ENFANTS A PARIS. — L'Administration de l'Assistance publique vient de décider que le nouvel hôpital d'enfants, dont la fondation est due à la générosité de Mme la baronne Alquié, sera créé dans la rue de Bagnolet.

PATHOLOGIE INFANTILE

Contribution à l'étude de la tuberculose infantile (*suite*) (1).

Hémorrhagies tuberculeuses d'origine intra-pulmonaire chez les enfants au-dessous de sept ans ;

Par P. MANTEL, interne des hôpitaux.

Anatomie pathologique.— Si nous passons maintenant à l'étude des lésions cadavériques, nous nous trouvons en présence d'un certain nombre de faits particulièrement frappants.

C'est d'abord l'état de l'*estomac*. Chaque fois, on l'a trouvé augmenté de volume, distendu et rempli de sang mi-partie liquide, mi-partie pris en caillots ; dans certains cas, on en a trouvé dans le duodénum (obs. II). Ce fait est important à noter et nous appelons l'attention sur lui au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic. Comment ce sang arrive-t-il dans l'estomac ? Cela tient selon nous à ce que l'enfant ne crachant pas, *n'ayant pas encore appris à cracher*, déglutit le sang au fur et à mesure que celui-ci arrive des voies respiratoires dans le pharynx. Il faut pour cela évidemment que le sang s'écoule lentement ; et nous croyons que c'est la règle, parce que l'hémoptysie de l'enfant est une hémorrhagie veineuse, ou en tout cas, a pour origine de très petits vaisseaux (la difficulté, disons plus, l'impossibilité d'en retrouver la source dans la majorité des cas en est une preuve). Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, quand l'estomac est surdistendu, que le sang est rejeté en abondance par le vomissement, le plus souvent par le nez et parla bouche à la fois.

Les qualités de ce sang le montrent bien : il est plus noir, moins aéré que celui qu'on observe dans les cas d'hémoptysie chez l'adulte. Il s'échappe mélangé au lait, aux aliments, et présente en un mot non seulement les caractères du sang veineux, mais aussi ceux du sang de l'hématémèse.

Cet état de l'estomac n'a pas été noté chez les adultes ; il n'en est fait mention dans aucun traité classique. Nous appelons donc l'attention sur ce fait, d'une façon toute spéciale : l'hémoptysie du jeune enfant ne se fait pas au dehors ; elle se fait dans les voies digestives et le processus symptomatique se termine par une hématémèse.

Evidemment cette règle est un peu trop absolue peut-être ; il est des cas, ceux surtout dans lesquels la lésion vasculaire est considérable, où le sang peut s'échapper sous l'influence de la toux, en partie directement par la bouche ; mais c'est l'exception, et dans ces cas, l'estomac en contient encore.

Les *lésions des voies respiratoires* sont aussi intéressantes à signaler, non pas qu'elles diffèrent beaucoup des lésions qu'on retrouve chez l'adulte, mais parce qu'elles expliquent un certain nombre de phénomènes. Dans presque tous les cas, nous retrouvons des *lésions de la plèvre* et surtout *des adhérences étendues, solides*, siégeant particulièrement du coté malade : évidemment ces adhérences jouent un role dans la production de l'hémoptysie par la gêne qu'elles apportent au jeu du poumon qui est le point de départ de l'hémorrhagie.

Les lésions du poumon lui-même sont variables : dans certains faits, les plus nombreux, ce qui domine, ce sont les lésions de *bronchopneumonie tuberculeuse* (Obs IV, VI, etc. : parfois, c'est de la *véritable tuberculose d'adulte*, ulcéreuse, chronique, avec production de cavernes de forme, de volume, de dimensions et de siège variables (obs. II, VII). Le plus souvent, les *deux formes sont réunies* et à côté des lésions de bronchopneumonie tuberculeuse, on trouve des cavernules (obs. I, III).

Les *ganglions sont pris dans tous les cas* : ils sont volumineux, dégénérés et peuvent comprimer les organes du médiastin, vaisseaux et nerfs particulièrement. La compression subie par les ganglions de par l'artère pulmonaire explique la possibilité de la thrombose de cette artère. La *compression des pneumogastriques*, nettement démontrée par l'observation de Carrié, joue peut-être un rôle accessoire dans les lésions vasculaires, à cause des troubles trophiques consécutifs à cette compression.

Une autre circonstance nous a frappé, c'est *l'impossibilité presque absolue de retrouver la source de l'hémorrhagie.* Dans la majorité des cas (obs. I, II, IV, V, IX, etc.) en effet, malgré les recherches les plus attentives, les plus minutieuses, cette source échappe à l'investigation de l'observateur. Il est possible que la petitesse des vaisseaux pulmonaires chez l'enfant en soit la cause ; il est certain en tout cas, d'après les recherches de Behrend, Mrarec, Balzer, etc., que ce sont les plus petits vaisseaux qui sont le plus lésés par la syphilis ; il est probable que l'artère pulmonaire et ses branches appartenant de par leurs caractères histologiques au système veineux, jouissent des propriétés de ce système, s'affaissent très rapidement et échappent ainsi aux investigations les plus minutieuses. C'est à ce fait qu'il faut attribuer sans doute la lenteur de l'écoulement sanguin, qui permet à l'enfant de déglutir le sang de son hémoptysie. Néanmoins, dans certains cas, on trouve la source de l'hémorrhagie : c'est ainsi que dans l'obs. III on note un vaisseau sanguin érodé et ouvert dans une caverne ; dans l'obs. VII, on a découvert une perforation d'une branche importante de l'artère pulmonaire ; enfin, dans les obs. VIII et XVIII, il existait un anévrysme de l'artère pulmonaire.

D'après cela, il nous semble qu'on peut diviser les hémoptysies tuberculeuses, d'origine intra-pulmonaire chez l'enfant en : 1° *Hémoptysie par rupture d'anévrysme* de l'artère pulmonaire ; c'est le processus qui ressemble le plus à ce qu'on observe chez l'adulte ; le cas de Rasmussen et un de ceux de West en paraissent être le type.— 2° *Hémoptysie par perforation directe* comme l'indique le cas de Cadet de Gassicourt et celui de Douglas-Powell.— 3° Enfin, *Hémoptysie sans source connue.* Ce sont celles qui paraissent les plus fréquentes et qui laissent le champ ouvert aux hypothèses. Les unes peuvent avoir lieu par simple *exhalation* sanguine, comme l'indique Becquerel (obs. IX et X), les autres peuvent se produire sous l'influence d'une *congestion active* par le même mécanisme que celles de la pneumonie : le Dr Hare, dans la discussion qui suivit l'observation de Douglas-Powell à la *Path. Society of London* signale en effet un cas de pneumonie avec hémoptysie chez un enfant de 4 ans ; l'enfant survecut jusqu'à l'âge de 10 ans. (En outre obs. XVII de West). Enfin les plus nombreuses s'accomplissent par *congestion passive* suivant le mécanisme que nous avons indiqué plus haut.

Symptomes. — La symptomatologie de l'hémoptysie chez les enfants n'offre que peu de considérations : c'est généralement un drame très court, en un acte, à issue toujours funeste. Néanmoins, insistons sur quelques particularités.

(1) Voir *Progrès médical* n° 4.

Le plus souvent, il n'y a, il ne semble y avoir, on ne cite qu'une seule hémoptysie, qui enlève l'enfant. Cependant, dans un certain nombre de faits (obs. IV, VI, VII, et celles d'Hénoch et Hendrix), on constate qu'il existe des hémoptysies antérieures à l'hémorrhagie mortelle, plus ou moins éloignées de cette dernière : un mois, huit jours (obs. IV), quinze jours (obs. VI), trois et deux jours (obs. VII) et plus ou moins nombreuses et abondantes. Nous croyons que l'hémoptysie est loin d'être toujours unique et terminale. Nous sommes convaincus qu'il peut y en avoir d'antérieures, *qu'il doit* y en avoir ; mais elles passent inaperçues, et cela pour la principale raison que l'enfant n'expectore pas et qu'il avale le sang de ces hémoptysies antérieures qui sont peu abondantes. Toute hémoptysie peu abondante passe inaperçue. Ceci est un fait important; nous y reviendrons à propos du diagnostic.

Nous croyons que si l'on examinait attentivement les selles des petits malades, on trouverait souvent du mœlena. Nous voyons, en effet (obs. VI), que l'enfant avait rendu des *matières noirâtres*. Dans l'obs. II, on a trouvé le duodénum rempli d'une *matière noire* caractéristique, et, sans aucun doute, si l'enfant n'avait pas succombé immédiatement à son hémoptysie et qu'on eut regardé les selles, on aurait trouvé du mœlena.

Nous pensons pouvoir dire qu'il existe au point de vue symptomatique deux espèces d'hémoptysies : les unes *latentes*, *internes*, si l'on veut, peu abondantes, passant inaperçues et pouvant se traduire par du mœlena (obs. II et VI). Ce sont sur celles-là que nous désirons appeler l'attention, car on peut, si on les découvre, arriver à un diagnostic précoce et instituer plus tôt une thérapeutique utile au malade. Les autres sont des *hémoptysies apparentes* ; elles sont dues à une hémorrhagie abondante, sont terminales et enlèvent l'enfant. (Obs. I, II, III, V, VIII, etc.). A côté de ces dernières qui tuent les malades, il en est d'autres apparentes encore, moins abondantes, puisqu'elles permettent la survie, et qui surviennent à des périodes plus ou moins rapprochées de la fin du drame. Celles-là, pour n'être pas toujours mortelles, n'en sont pas moins graves, car elles précèdent de peu l'hémorrhagie terminale et affaiblissent singulièrement les petits malades. Si bien qu'au point de vue de la marche de ce syndrome, on pourrait dire qu'il existe : des *hémoptysies du début*, peu abondantes, latentes la plupart du temps; des *hémoptysies du cours de la maladie*, apparentes, assez abondantes, d'un fâcheux pronostic, en ce qu'elles précèdent souvent de fort peu l'hémoptysie *finale*, qu'elle emporte le malade.

Cette hémoptysie terminale se fait par un mécanisme différent, au moins au début, de ce qui se passe chez l'adulte. C'est une véritable hématémèse : l'enfant est pris subitement, soit après un effort de toux, soit pendant ou après son repas, d'un véritable *vomissement de sang*. Il rejette à la fois par la bouche et par le nez une énorme quantité de sang noirâtre, peu aéré, mélangé au lait et aux aliments. On se rend parfaitement compte qu'il vide son estomac. Les qualités du sang sont bien celles du sang vomi ; sa quantité est toujours considérable, puisque, dans presque tous les cas, l'hémorrhagie emporte le malade.—Le sang s'écoule peu à peu, lentement d'abord, remonte les voies respiratoires, est dégluti, et ce processus se continue jusqu'au moment où l'estomac trop plein réagit, comme il le fait dans certains cas d'indigestion, et expulse au dehors le sang venu des poumons. Ce n'est qu'au moment où le sang, continuant à s'échapper du vaisseau pulmonaire, rencontre la colonne liquide venue de l'estomac, qu'il est refoulé dans le larynx et la trachée, amène des accès de toux et s'échappe en mode d'hémoptysie vraie. Tout cela constitue une *hématémo-hémoptysie* ou *hématémoptysie*, si nous osons nous exprimer ainsi.

Nous n'insisterons pas sur les signes ordinaires de l'hémoptysie chez les enfants. Ils sont plus restreints encore que chez les adultes, et, sauf le mœlena, qui, pour un observateur prévenu, est un signe prémonitoire de grande valeur, la pâleur, le refroidissement des extrémités, l'affaiblissement du pouls se retrouvent ici comme dans toutes les hémorrhagies abondantes. (*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la stérilisation du coton, de la gaze et de l'eau, servant au pansement des plaies ;

par le Dr Léon TRIPIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon (1).

Dans une précédente note (13 novembre 1883), nous faisions connaître un appareil de chauffage (étuve à huile), pour les instruments de chirurgie, comme moyen de prévenir le développement de la *Septicémie gangréneuse*. Déjà, à cette époque, nous disions que, depuis près d'un an, grâce à cet appareil, nous n'avions pas observé un seul cas de contagion durant l'acte opératoire ; tandis que l'année précédente, nous avions à déplorer *cinq* cas de *septicémie gangréneuse*, le jour même de l'opération. Or depuis quatre années, nos premiers résultats ne se sont pas encore démentis. Il est permis d'en conclure que la transmission de la *septicémie gangréneuse* se fait habituellement, sinon toujours, par l'intermédiaire des instruments et que la méthode de chauffage préconisée par MM. CHAUVEAU et ARLOING pour prévenir cette redoutable complication est supérieure à tous les autres moyens d'antisepsie mis en usage jusqu'à ce jour.

Mais si nous n'avons plus eu à déplorer ces accidents foudroyants, s'accompagnant toujours de mort presque immédiate, nous avons encore observé un certain nombre de suppurations dont les unes faisaient seulement échouer la réunion par première intention, dont les autres donnaient lieu à des décollements, avec élévation de température, etc. Evidemment ces complications n'étaient pas imputables à l'état des instruments. Après ce qui vient d'être dit, nous étions absolument sûr de leur stérilisation. Aussi bien, notre première pensée fut de les rapporter à l'état des doigts de nos aides ; mais d'une part, les précautions les plus minutieuses sont imposées à tout le personnel du service, et d'autre part, en faisant nous-même les pansements, ou en les faisant faire par notre chef de clinique, rompu depuis longtemps à toutes les difficultés de la méthode, il nous fut impossible d'éviter ces complications.

Comme nous ne nous servions que de solutions antiseptiques, il n'était pas probable que les liquides fussent en cause : dès-lors nous songeâmes aux objets de pansements. De même que la plupart des chirurgiens qui se servent de *gaze phéniquée*, nous avons souvent observé de l'*érythème*, voire même de l'*eczéma*. Comme dans ces circonstances, il nous arrivait parfois de voir échouer les réunions par première intention, on pouvait se demander, s'il n'y avait pas là, une relation de cause à effet, autrement dit, si les résines qu'on incrimine surtout dans ces cas, ne pouvaient pas, tantôt produire seulement de l'*érythème* ou même de l'*eczéma*, tantôt provoquer tout à la fois de l'*érythème* ou de l'*eczéma* et de la suppuration de la plaie.

Pour trancher la question, nous résolûmes de substituer la gaze phéniquée préparée à l'alcool (Gaze de Bruns), à

(1) Communication faite à l'Académie de Médecine.

la gaze phéniquée ordinaire. A dater de ce moment, plus d'*érythème*, plus d'*eczéma* ; par contre, les cas de suppuration furent plus fréquents. Hâtons-nous d'ajouter, que la gaze phéniquée préparée à l'alcool, laisse évaporer beaucoup plus vite l'acide phénique, que la gaze carbolizée ordinaire qui est, comme on le sait, imprégnée de résines.

D'après cela, on pouvait admettre que la gaze dont nous nous servons, forcément préparée depuis un certain temps, avait perdu une partie, sinon, la totalité de son acide phénique, de sorte que, mise en contact avec les plaies, elle n'était plus capable de neutraliser l'action des *germes* qui s'y trouvaient, soit qu'ils vinssent de l'atmosphère, soit qu'ils existassent déjà antérieurement dans les objets de pansement. Pour vérifier cette hypothèse, nous adressâmes à notre collègue et ami M. ARLOING, un paquet de *coton benzoïque*, tel qu'il est livré par les fournisseurs des hôpitaux, avec prière d'examiner s'il contenait des germes. Voici sa réponse :

« Le paquet qu'on nous a remis était exactement fermé. On l'ouvre avec précaution et l'on retire de sa partie centrale deux petites masses; dont l'une est immédiatement distribuée par flammèches entre vingt-cinq ballons Pasteur, chargés avec des bouillons de bœuf salé et non salé ; l'autre est portée dans une étuve à 130° pendant deux heures avant d'être repartie de la même manière que la précédente entre le même nombre de ballons. Tous ces ballons sont ensuite portés dans des étuves à incubation. Au bout de quelques jours on les examine. Voici ce que l'on constate : 1° Tous les ballons qui ont reçu une boulette de coton chauffé ont un contenu clair et transparent. 2° Sur VINGT-CINQ *ballons qui ont reçu le coton à la sortie du paquet*, VINGT-QUATRE *sont peuplés de microbes*. A supposer que quelques-unes des flammèches de coton non chauffé aient pu recevoir des germes de l'atmosphère, il n'en ressort pas moins, de cette expérience, que le *coton benzoïque* livré par les fabricants, n'est pas rigoureusement *aseptique*. »

Ajoutons que la ouate salycilée a été examinée au même point de vue, et a donné lieu à des résultats analogues. Comme conclusion, au point de vue pratique : La gaze phéniquée ordinaire donne fréquemment lieu à de l'*érythème* voire même à de l'*eczéma*, et si la gaze est préparée depuis un certain temps, autrement dit, si elle a perdu son acide phénique, on peut voir survenir de la suppuration. La gaze phéniquée à l'alcool, ne provoque ni érythème ni eczéma, mais comme elle fixe très mal l'acide phénique, elle est incapable de neutraliser les germes de l'air, ou ceux qui se trouvent dans le coton, dit *antiseptique* ; de là, des suppurations de différente nature, et leurs conséquences. Pour remédier à ces inconvénients, il fallait avant tout obtenir une stérilisation absolue des objets de pansement, quitte à les imprégner ou non, suivant les indications, de substances antiseptiques.

Nous songeâmes immédiatement au chauffage, qui nous avait donné de si bons résultats, comme moyen de stérilisation des instruments de chirurgie. Nos premiers essais, il est vrai, ne furent pas très encourageants; mais nous nous servions de la chaleur sèche, et nos objets de pansement étaient ainsi plus ou moins détériorés; les cotons en particulier, étaient absolument roussis. C'est alors que M. Arloing nous donna le conseil d'employer la vapeur sous pression. Au moyen de l'*Autoclave* de *Chamberland* il fut facile de s'assurer que les objets de pansement restaient absolument intacts à une température variant entre 115° et 120°.

Pour ce qui est de la stérilisation, un de nos internes, M. Adenot, fut chargé de faire des recherches dans le laboratoire de M. Arloing ; en voici les resultats :

« Quatre *virus* dont les agents sont également résistants : *Pustule, maligne Septicémie gangréneuse foudroyante, Ostéo-myélite infectieuse*, et *Charbon symptomatique du bœuf*, furent étendus sur des fragments de toile et desséchés à l'ombre, puis inclus dans un paquet de coton et soumis à l'action de la vapeur de l'autoclave de Chamberland. L'opération achevée, ces virus sont détrempés dans l'eau et on les inocule à des animaux, comparativement, avec les mêmes virus non chauffés. — *Tous les virus qui avaient passé par l'autoclave sont restés absolument* INACTIFS. »

Fort de ces résultats, nous demandâmes à l'administration des hôpitaux de nous fournir les moyens de réaliser les mêmes conditions, ce qu'elle fit, nous croyons le devoir dire ici, avec le plus grand empressement. Voici en quoi consiste cette installation. Comme appareil de stérilisation nous avons choisi l'autoclave de Chamberland, le grand modèle est parfaitement suffisant pour les besoins du service. Les paquets de coton ou de gaze sont rangés soigneusement dans le panier intérieur de façon à ce que la vapeur d'eau puisse circuler librement. L'autoclave est fermé et l'on porte la température entre 115° et 120° pendant *vingt* minutes. Toutefois, au bout de dix minutes, on ouvre le robinet purgeur afin d'entraîner au dehors l'air compris entre les flammèches de coton, ou les pièces de gaze. C'est un moyen de rendre l'action stérilisante plus complète. L'opération achevée, on ouvre l'autoclave et l'on retire le panier. Une simple exposition à l'air suffirait pour sécher les objets de pansement qui sont imprégnés de vapeur d'eau, mais il faudrait être dans un milieu aseptique, et encore, on n'aurait pas des garanties suffisantes.

Sur les indications de M. Arloing, nous avons fait construire un appareil qui sert à la fois de séchoir et de magasin pour les objets stérilisés. Cet appareil est une sorte de grand fourneau en tôle chauffé avec une rampe à gaz. Il renferme trois récipients en cuivre rouge dont la capacité intérieure est calculée pour recevoir un panier en fil de laiton rempli de coton ou de gaze chauffés. Les récipients sont exactement fermés par un couvercle à large rebord, muni à son centre d'un évent pour laisser échapper la vapeur d'eau... Cet évent est garni d'un opercule métallique à mouvement horizontal, et d'un second couvercle formé d'une couche de coton pour empêcher la pénétration des germes. Enfin, chaque récipient est muni d'un régulateur à mercure qui tient sous sa dépendance la portion de rampe à gaz destinée à son chauffage.

Il est maintenant facile de comprendre le mécanisme : A la fin de chaque séance de stérilisation, un des récipients du séchoir magasin, reçoit le panier garni des objets de pansement qui sort de l'autoclave. La rampe à gaz est allumée. La température s'élève à 100° et se maintient à ce chiffre grâce au jeu du régulateur. L'évent du récipient étant ouvert, la vapeur d'eau qui imprègne le coton s'échappe entièrement. Le coton et la gaze se dessèchent donc à une température qui est elle-même stérilisante, surtout dans une atmosphère primitivement humide. Quand la dessication est obtenue, on éteint la rampe à gaz, on ferme l'évent du récipient avec l'opercule métallique et on laisse en place le *coton-couvercle*, si bien que l'air qui rentre dans le récipient, pendant le refroidissement, se filtre à travers le coton et y laisse les germes qu'il contient. Les cotons et gazes stérilisés forment donc une provision abritée contre les impuretés de l'atmosphère et dans laquelle on puise au fur et à mesure des besoins du service.

Du moment où l'on cherchait à obtenir une *asepsie* aussi complète que possible, il était tout naturel de s'occuper de l'eau qui doit servir aux lavages ; et notre première idée fut de la traiter de la même façon. Mais, outre que l'ébullition à la pression normale ne permet pas de compter sur la destruction de tous les germes, ce procédé implique des transvasements plus ou moins nombreux depuis la sortie du bouilleur jusqu'au moment où l'eau est utilisée, et par suite, il expose à des chances nombreuses de contamination, à moins de stériliser tous les récipients, opération difficile et par cela même peu pratique dans un service de chirurgie.

La stérilisation au moyen des bougies de Chamberland nous a paru de beaucoup supérieure, aussi bien, nous l'avons adoptée. Au point où le tube adducteur, rempli d'eau de la compagnie, aborde la salle d'opérations, se trouve un jeu de bougies pleines Chamberland. Ces bougies filtrent 100 litres d'eau en 24 heures. Elles déversent leur contenu dans un réservoir de 100 litres qui est privé de toute communication avec l'atmosphère, excepte par le haut, où se trouve un orifice surmonté d'un tube évasé et

rempli de coton, qui fait lui-même office de filtre pour l'air ambiant.

A la sortie du réservoir, l'eau prend deux voies distinctes: d'un côté, elle se rend directement par des tubes rigides ou souples dans les ajutages de différentes formes, qui la déversent sur les plaies; de l'autre, elle passe dans un tube sur le trajet duquel se trouve un chauffeur à gaz spécial qui permet de lui donner une température plus ou moins élevée depuis 30° jusqu'à 70° et même 100°. Nous avons fait placer un troisième tube qui sert à alimenter un réservoir contenant de la solution phéniquée faible. Un orifice pratiqué sur la paroi supérieure de la caisse et surmonté d un tube évasé garni de coton, sert à la filtration de l'air. Deux gros tubes de caoutchouc partant de la paroi inférieure conduisent le liquide dans des embouts qui servent au lavage des plaies. Dans notre nouvelle salle d'opérations, nous comptons avoir une série de réservoirs analogues pour les différentes solutions antiseptiques : Borique, Salycilique, Sublimé, Chlorure de zinc, etc., etc. De cette façon on diminue la main d'œuvre, et par cela même les chances de contagion.

Telle est notre installation. Nous nous sommes placés, on le voit, au point de vue de l'*asepsie*, parce que l'expérience nous a démontré que dans certaines conditions l'*antisepsie* même la plus rigoureuse ne met pas complètement à l'abri des complications des plaies. Pour nous, ces complications sont dues à des germes venus du dehors. La question de terrain est importante, sans doute, mais elle n'est que secondaire. Chez un sujet qui ne suppure pas, et en dehors des orifices naturels, l'*asepsie seule suffit*, autrement dit, il n'est pas nécessaire de faire usage de substances antiseptiques.

En résumé, qui dit *antisepsie* ne dit pas *asepsie*. Dans un milieu infecté comme le nôtre, nous croyons que sans *asepsie*, l'*antisepsie* n'est qu'un leurre et expose à de cruels mécomptes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hospitalisation des Teigneux.

Nous avons signalé à nos lecteurs, il y a quelque temps, la création à l'hôpital Saint-Louis (1) d'une école ou mieux d'un demi-pensionnat pour les enfants atteints de la teigne. Nous avons montré les inconvénients de cette demi-hospitalisation : en effet, le soir, les enfants teigneux, se trouvant en contact avec leurs frères, leurs sœurs ou leurs camarades continuent à propager la teigne. Nous avons signalé aussi, et en la combattant encore, la proposition de la création d'un service unique de teigneux. M. le Dr Chautemps, dans son très intéressant rapport sur l'isolement des contagieux, a conclu, comme nous l'avons vu (2), à la création de cet hôpital spécial. Le *Journal de médecine de Paris*, dans son numéro du 23 octobre dernier (p. 497), s'élève contre la conclusion de M. Chautemps dans les termes suivants:

La seule critique que nous devions adresser à son rapport porte sur la cinquième conclusion qui a trait à la création, à Créteil, d'un hôpital de 250 lits pour les enfants atteints de la teigne. Une proposition identique avait déjà été formulée l'année dernière par notre regretté confrère Robinet et renvoyée à l'administration pour être mise à l'étude. La réalisation d'un semblable projet offre, de prime abord, l'avantage de rendre libres, dans trois de nos hôpitaux, un assez grand nombre de lits. Les teigneux y occupent en effet cinq services, dont deux aux Enfants-Malades (70 lits pour les garçons et 50 lits pour les filles), deux à Trousseau (34 lits pour les garçons et 34 pour les filles) et le dernier à Saint-Louis divisé en deux salles (20 lits de garçons et 20 lits de filles), placés sous la direction d'un médecin unique, à l'encontre de ce qui se passe dans les précédents établissements où les salles de teigneux sont rattachées isolément à deux services ordinaires de médecine.

Malgré ses défectuosités apparentes, cette organisation vaut mieux, à notre sens, que la réunion de tous les teigneux, en un lieu unique, forcément éloigné de la grande majorité des centres des populations qui paient le plus large tribut à la maladie.

Il faut bien reconnaître qu'en présence de la lamentable pénurie de moyens de transport dont souffrent les Parisiens, la concentration de tous les enfants atteints d'affections parasitaires dans un seul établissement deviendrait réellement onéreuse pour nombre de familles. L'assistance perd son nom quand on ne peut l'obtenir qu'au prix d'ennuis multiples et d'une longue perte de temps. Aussi, nous paraît-il bon de maintenir les services de teigneux dans leur situation actuelle.

Nous ne craignons même pas de dire qu'on en pourrait utilement créer un ou deux autres, l'un au Nord, l'autre au Sud-Est de la ville, ou tout au moins à défaut d'hospitalisation de ce côté, installer sur un des points de la rive gauche une école semblable à celle qui fonctionne à l'hôpital Saint-Louis et qui rend chaque jour de si grands services.

En regard de ces considérations d'ordre pratique et utilitaire, il est bon de ne pas perdre de vue le côté scientifique de la question. A supposer qu'on enlevât leurs services spéciaux aux Enfants-Malades et à Trousseau, pourrait-on appliquer à Saint-Louis une mesure aussi radicale? L'enseignement des maladies parasitaires du cuir chevelu peut-il être distrait de l'étude générale des dermatoses? En aucune façon, et nous n'en voulons pour preuve que la distribution volontaire du traitement externe de la teigne par des médecins de l'hôpital Saint-Louis, dont le service ne comprend que des malades adultes. Une telle séparation ne saurait être décidée à une époque où on se plaint si amèrement de l'éparpillement de l'enseignement clinique et des difficultés inhérentes à une organisation vieillie contre laquelle on a pu voir se heurter tant de fois la bonne volonté et le dévouement de tant d'éminents maîtres.

Nous répéterons que nous sommes partisans du maintien des services actuels, qui permettent aux parents des enfants de venir les voir sans dépense et sans perte de temps. C'est un axiôme en Assistance publique républicaine que le malade doit être assisté à domicile, ou, lorsque cela n'est pas possible, dans l'hôpital le plus rapproché de son domicile. Les enfants teigneux, isolés dans leurs pavillons, ne font courir aucun risque aux autres enfants de l'Hôpital, atteints de maladies aiguës. Nous ajouterons aussi qu'il est indispensable que l'administration de l'Assistance publique se conforme à un vœu déjà bien ancien du Conseil municipal demandant la création d'un hôpital d'enfants au nord de Paris, par exemple, dans les environs de l'hôpital Bichat. Il conviendrait alors d'y créer un petit service de teigneux pour les enfants de la circonscription.

(1) Voir *Progr. Méd.*, 1886, p. 674.
(2) Voir *Progrès médical*, 1886, p. 841; 1887, p. 522.

Conférences de clinique infantile à l'hôpital des Enfants-Malades. — M. Ollivier.

Lundi dernier, M. le Dr Ollivier, professeur agrégé, a repris ses leçons cliniques à dix heures, à l'hôpital des Enfants-Malades. Il a rappelé d'abord que, comme les années précédentes, il discuterait tous les lundis à l'amphithéâtre les cas intéressants qui se présenteront dans le service. Les vendredis, il fera une leçon clinique au lit du malade, surtout au point de vue de la séméiotique infantile. Le mardi et le samedi, il y aura consultation supplémentaire pour l'examen minutieux de malades venus du dehors. Le mardi est réservé à la médecine générale : le samedi, aux maladies de la peau.

Cette première leçon a été consacrée au diagnostic de la varioloïde pendant la première période de la maladie, à

propos d'un cas de varioloïde survenue tout à coup dans une salle de chroniques et qu'il fut assez difficile de reconnaître lors du début des accidents. C'est qu'en effet il s'agissait d'un cas à début anormal; à cette occasion M. Ollivier a fait un certain nombre de remarques intéressantes au point de vue de la marche et du diagnostic des affections varioleuses. Nous ne citerons que l'une d'elles, en raison de son importance pour le praticien. Il est souvent très difficile, au début d'une éruption de nature papuleuse, de savoir si l'on a affaire à une rougeole boutonneuse ou à une variole. On peut arriver cependant à dire de quelle affection il s'agit, si l'on tient compte de ce qui suit: Une papule de variole est presque de suite une papulo-vésicule dure et pointue, tandis que dans la rougeole boutonneuse les papules restent molles et élastiques. Si l'on étire une portion de la peau entre deux doigts, la papule rubéolique disparaît complètement au palper. En cas de variole, au contraire, l'index promené sur la peau étirée sent encore très bien la saillie de la vésicule. Ce petit moyen diagnostique est dû à M. Grisolle; en raison de sa valeur pratique, on peut à bon droit le désigner sous le nom de *signe de Grisolle* (1). M. Ollivier a, en outre, montré que dans la varioloïde il existait presque toujours sinon une fièvre de suppuration assez marquée, du moins une ébauche de cette fièvre secondaire, et que dans les éruptions varioleuses, même les plus confluentes, la peau de l'abdomen était toujours la partie du corps la moins atteinte, probablement en raison d'une disposition spéciale du système circulatoire dans cette région.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. A. CLERMONT décrit un *procédé de préparation de la peptone par réaction chimique.* Dans un tube scellé à la lampe, on a introduit 20 gr. de viande hachée menu, 30 gr. d'eau et 0 gr. 50 d'acide sulfurique pur: puis on soumet le tube pendant six heures à la température de 180°. Les tubes ouverts après refroidissement donnent issue à quelques produits gazeux et renferment un liquide légèrement coloré en brun et facile à filtrer. Ce liquide est évaporé à siccité, puis repris par l'eau. La solution ainsi obtenue est une solution de peptone. On obtient par ce procédé 4 gr. de peptone pour 20 gr. de viande fraîche. Si l'on répète l'expérience sans faire intervenir l'acide sulfurique, c'est de la syntonine seule qui se produit.

MM. CHOUPPE ET PINET communiquent les résultats de leurs *recherches expérimentales relatives à l'action du foie sur la strychnine.* D'après ces auteurs, quand la strychnine doit traverser un réseau capillaire (foie, muscles, encéphales) l'absorption est singulièrement retardée, les accidents sont moins graves qu'à la suite de la pénétration rapide de la totalité du poison dans la circulation générale. Le foie n'a pas une action spéciale sur la strychnine qui le traverse: il en retarde, puis en ralentit l'absorption sans en modifier la composition, sans en changer en quoi que ce soit les effets toxiques. Contrairement à l'opinion de Schiff, de Héger, de Lautenbach, de M. Roger, l'influence du foie serait uniquement due à la diffusion de l'alcaloïde, dans une grande masse de sang, ainsi que le pensait Vulpian.

M. PEYRAUD continue ses *recherches sur l'action de l'essence de tanaisie*, laquelle amène la mort avec tous les symptômes de la rage. M. Peyraud, pensant que les corps doués des mêmes propriétés biologiques ont la même constitution anatomique, a supposé que l'essence de tanaisie devait avoir la même constitution que le poison rabique produit par le ferment de la rage. Il s'est demandé alors si l'inoculation de cette essence de tanaisie ne pourrait pas être substituée à celle de la moelle rabique employée par M. Pasteur pour prévenir la rage. L'expérience semble démontrer que cette substitution est possible. M. Peyraud a en effet vacciné des lapins, avant l'inoculation rabique, avec des injections sous-cutanées d'essence de tanaisie pratiquées pendant plusieurs jours. L'inoculation de virus rabique, faite ensuite sur ces animaux, n'a pas amené leur mort alors qu'elle tuait rapidement de rage paralytique les lapins témoins non-vaccinés. Il y aurait donc, dans la vaccination ainsi produite, un véritable médicament-vaccin.

M. E. OSSIAN-BONNET étudie *l'action de l'antipyrine contre le mal de mer.* Le mal de mer ne serait qu'un vertige, d'ordre sensorial ou psychique, dont les accidents pourraient toujours être arrêtés par l'emploi de l'antipyrine: mais la dose du médicament serait variable. Cependant la dose de 3 gr. en deux fois paraît être la dose maxima. Si les vomissements empêchent le malade d'absorber l'antipyrine, celle-ci peut-être injectée sous la peau à la dose de 1 gr.

MM. COUANON, HENNEGUY ET SALOMON, d'après leurs nouvelles expériences relatives à la *désinfection antiphylloxérique des plants de vigne*, affirment qu'on peut sûrement traiter préventivement les boutures de vigne par une immersion dans l'eau de 45 à 50° pendant dix minutes.

M. E. CHARLES MORIN, donnant la *composition chimique d'une eau de vie de vin de la Charente-Inférieure*, montre que la proportion des alcools supérieurs est loin d'être négligeable dans les eaux de vie naturelles et qu'on y trouve le furfurol. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 nov. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. MALASSEZ, répondant à une communication faite le 19 novembre, donne lecture de la note suivante *sur la pathogénie des kystes radiculo-dentaires.* « M. Magitot, dit M. Malassez, vient encore soulever devant la Société de biologie la question des kystes radiculo-dentaires, qu'il soulevait déjà à la Société de chirurgie, il y a un mois à peine. Mais comme cette fois il me « vise » personnellement, il le dit lui-même, je ne puis continuer à garder le silence (1). D'autre part, il serait inutile, ce me semble, de reprendre en détail une question dont j'ai déjà parlé ici même, que j'ai exposée plus au long dans les *Archives de Physiologie* et que MM. Galippe et Kirmisson ont très clairement discutée, chacun de leur côté (2). Je me bornerai donc à montrer et cela suffira, j'espère: 1° que la théorie périostique de M. Magitot, malgré les modifications successives qu'il lui a fait subir, continue à être en complet désaccord avec les données histologiques actuelles; 2° que les critiques qu'il a faites à la théorie paradentaire que je soutiens ne sont fondées en rien.

I. Les deux points actuellement en question dans la pathogénie des kystes radiculo-dentaires sont: 1° l'origine de leur paroi; 2° l'origine de l'épithélium qui les tapisse intérieurement. Voyons les solutions données par M. Magitot:

1° *Paroi.* Dans ses premières publications (3) il avait admis que la paroi de ces kystes était simplement constituée par le périoste de l'extrémité de la racine, lequel aurait été séparé du cément et soulevé par suite de l'épanchement d'un liquide inflammatoire. C'était adopter la vieille théorie reçue pour les abcès de cette même région.

(1) Voir sur l'habitude de donner des noms propres soit à des signes cliniques, soit à des maladies, un article critique très intéressant dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, oct. 1887.

(1) *Société de chirurgie*, séance du 12 octobre 1887 et suivantes; — *Société de biologie*, séance du 19 novembre.

(2) *Archives de physiologie*, n° du 15 mai 1885; — et *Société de biologie*, mai 1884. — Galippe. *Journal des Connaissances médicales.* — Kirmisson. *Soc. de chirurg.*, octobre 1887.

(3) Tumeurs du périoste dentaire, *Gazette des hopitaux*; — *Arch. gén. méd.*, 1872 et 1873; — *Gaz. hebd.*, 1876.]

Le défaut de cette théorie, je l'ai déjà fait remarquer, c'est que le tissu qui existe entre la dent et la paroi alvéolaire n'est pas un périoste, mais un ligament (1). M. Magitot avait bien reconnu autrefois que le périoste présentait certains caractères particuliers ; mais, faute sans doute de préparations microscopiques suffisantes, il n'en avait pas saisi l'exacte signification ; aussi soutint-il dans la suite et jusque dans ces derniers temps que c'était un véritable périoste (2). Aujourd'hui, il veut bien reconnaître qu'il s'était trompé et que ce prétendu périoste est un ligament. C'est un progrès ; malheureusement il s'arrête en chemin, il n'accepte pas les conséquences de ce fait anatomique et continue à admettre que c'est ce ligament, qui soulevé par un liquide constitue la paroi kystique.

Si M. Magitot avait vu de bonnes préparations microscopiques de ce ligament, il aurait compris que des groupes de faisceaux fibreux, plus ou moins isolés les uns des autres, s'implantant plus ou moins perpendiculairement sur le cément et y pénétrant sous forme de fibres de Sharpey, ne peuvent être séparés du cément et soulevés par un liquide comme pourrait l'être un véritable périoste, c'est-à-dire une membrane continue et moins solidement adhérente ; il est évident qu'un liquide arrivant au niveau des insertions de ces faisceaux sur la dent filerait entre leurs interstices. Si de plus, il avait examiné des préparations microscopiques des parois de ces kystes, il aurait constaté que la structure de ces parois est complètement différente de celle du ligament. Si enfin il avait comparé cette structure à celle d'autres kystes de nouvelle formation, de kystes développés loin de tout périoste ou de tout ligament, il aurait pu trouver les plus grandes ressemblances entre elles. Il aurait compris alors que ces parois sont de nouvelle formation et que si le ligament y contribue, c'est autant, mais pas plus, que le parenchyme de l'ovaire, par exemple, dans les kystes de cet organe. Bref, le mode de formation de la paroi kystique admis par M. Magitot n'est pas en rapport avec les faits d'histologie normale et pathologique.

2° *Épithélium.* La première opinion émise par M. Magitot était que l'épithélium des kystes radiculo-dentaires naissait de toutes pièces, d'emblée par « genèse » (3) ; il avait d'ailleurs admis pareille origine pour l'organe adamantin lui-même et cela de concert avec Ch. Robin. Je n'insiste pas, il semble avoir renoncé à toutes « ces genèses. »

Deuxième opinion et à laquelle il tient encore. Le périoste ou le ligament dérivant de la paroi du follicule dentaire, et celle-ci étant « garnie, farcie » d'épithélium « il n'est plus étonnant, dit-il, que le périoste soit le siège d'une prolifération épithéliale » (4). Cela veut dire, je pense, qu'il persiste chez l'adulte de l'épithélium adamantin et que c'est lui qui est le point de départ de l'épithélium kystique.

Je ferai remarquer, en passant, que c'est abandonner une opinion soutenue par lui et par Legros dans un travail antérieur, à savoir qu'avant même le développement complet de la dent, toutes les formations adamantines s'atrophiaient et disparaissaient (5). Mais, peu importe, ce qu'il serait utile de savoir pour la discussion, c'est le siège et l'aspect de ces restes épithéliaux ; or, c'est ce que M. Magitot ne nous dit pas. Il ne doit pas se les représenter comme étant de petits amas plus ou moins isolés ; car ce ne serait pas autre chose que nos débris épithéliaux paradentaires dont il ne veut pas entendre parler, ce serait admettre la théorie que je soutiens et contre laquelle il se débat. Il est plus probable, et cela paraît résulter de ce qu'il nous disait ici même en 1884, qu'il se les figure comme formant un revêtement continu à la surface interne du périoste. S'il en est ainsi, c'est une erreur ; car on ne peut rien découvrir de pareil sur les préparations microscopiques ; et d'ailleurs comment cela pourrait-il se faire, puisque les faisceaux ligamenteux ne s'arrêtent pas à la surface du cément, mais qu'ils le pénètrent.

Troisième et dernière opinion et qu'il admet concurremment avec la précédente (1). L'épithélium kystique pourrait provenir encore des cellules conjonctives de la région, puisque d'après M. Renaut (2) le tissu conjonctif serait capable d'édifier des éléments épithéliaux.

Malheureusement il s'agissait, dans le passage auquel il est fait allusion d'endothélium, d'épithélium d'origine mésodermique, et non pas d'épithélium ectodermique. M. Magitot ne l'a pas compris, il a tout confondu : épithélium ectodermique, mésodermique, endodermique. M Renaut bien entendu ne pouvait admettre qu'un épithélium du type malpighien, ou même adamantin comme est celui des kystes radicalo-dentaires, puisse provenir des cellules conjonctives, et il s'est empressé de protester contre les opinions qu'on lui prêtait dans une lettre rendue publique (3). M. Magitot n'en continue pas moins à maintenir son idée, et, ce qu'il y a de plus étrange, à s'appuyer sur le travail de M. Renaut ; il ose même écrire en parlant de son explication « M. Malassez nie cette explication, M. Renaut l'affirme, (4) que Messieurs les histologistes s'entendent ! » Il serait cruel d'insister, laissons cela de côté.

Ce que je veux montrer simplement c'est que les hypothèses de M. Magitot sur l'origine de l'épithélium kystique ne sont pas plus admissibles que celles qu'il a émises sur l'origine des parois ; sa théorie ne tient ni d'un côté ni de l'autre.

II. Voyons maintenant les objections de M. Magitot. Il me reproche d'abord que je « refuse obstinément de le suivre sur le terrain clinique » ; mais je l'ai toujours suivi tant qu'il est resté sur ce terrain et ne l'ai quitté que lorsqu'il en est sorti.

Il prétend que la théorie paradentaire que je soutiens a contre elle et les pièces anatomo-pathologiques et la clinique ; il appuie son dire sur ce que, d'après lui, la théorie paradentaire n'expliquerait pas : 1° Pourquoi les kystes radiculo-dentaires siègent toujours à l'extrémité de la racine et pas ailleurs ; 2° Pourquoi les débris qui se trouvent sur les côtés de la racine ne sont pas eux aussi le point de départ de kystes dans les cas d'ostéo-périostite.

1° Si les kystes radiculo-dentaires siègent à l'extrémité de la racine, c'est qu'au dire de M. Magitot (il ne dira plus que je ne le suis pas sur le terrain de la clinique) ces kystes sont consécutifs à des altérations de la pulpe dentaire ; et de fait, dans toutes les pièces que M. Galipe et moi avons examinées à ce point de vue (nous ne les avons pas examinées toutes cependant) il existait dans le canal dentaire, et jusqu'à l'extrémité de la racine, des colonies de micro-organismes. L'agent morbide, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, arrive donc vraisemblablement par la voie de canal et doit par conséquent agir sur les tissus péridentaires qui se trouvent au voisinage de son extrémité. Il est tout naturel que l'épithélium normal qui se trouve en cette région sous forme de débris épithéliaux paradentaires entre en prolifération, comme le fait également le tissu conjonctif. Mais ce serait le contraire qui serait surprenant. Ce qui serait plus surprenant encore, c'est que l'irritation pût agir sur des débris éloignés. Dans ce fait du siège à l'extrémité de la dent, il n'y a donc rien que la théorie paradentaire n'explique parfaitement.

2° Que si dans ce qu'on appelle l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire (mauvaise dénomination introduite par M. Magitot), les débris épithéliaux ne deviennent pas kystiques, cela dépend uniquement du mode de propagation de la maladie ; car les lésions sont on ne peut plus analogues ainsi que je l'ai déjà fait remarquer (5). Dans cette affection en effet, pendant que le ligament alvéolo-dentaire est détruit progressivement et remplacé par du tissu embryonnaire ou des bourgeons charnus, les débris épithéliaux paradentaires se réunissent à l'épithélium gingival proliféré comme eux et ils forment ensemble une couche épithéliale entre la dent et le tissu alvéolaire enflammé. Celle-ci reste adhérente à ces tissus, tandis qu'elle s'isole de la dent ; il en résulte qu'entre la dent ainsi mise à nu et le tissu alvéolaire tapissé d'une couche épithéliale, il se forme un espace dans lequel s'accumule un liquide muco-purulent, et si cet es-

(1) *Société de biologie*, 1884 ; — *Archives de physiologie*, 15 février 1885.
(2) *Société de chirurgie*, séance du 23 juin 1880 ; — *Société de biologie*, séance du 29 mars 1884.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Soc. de biolog.*, mars et avril 1884, novembre 1887.
(5) *Journal de l'Anatomie*, 1873.

(1) *Soc. de Chirur.*, octobre 1887 ; — *Soc. de biologie*, nov. 1887.
(2) Article *Tissu épithélial* dans le *Dictionnaire encyclopédique.*
(3) *Soc. de Chirurgie*, octobre 1887.
(4) *Soc. de biol.*, 10 nov. 1887.
(5) *Archives de Physiolog.*, 15 mai 1887.

pace ne donne pas lieu à un kyste, c'est que la maladie marchant des parties superficielles vers les profondes, du rebord gingival vers l'extrémité de la racine, l'espace reste toujours ouvert, et que les liquides secrétés peuvent s'écouler. C'est ainsi qu'au lieu d'une lésion macroscopique de type kyste, il s'en forme une du type fistule. Il n'y a donc pas là de contradiction, comme le suppose M. Magitot, mais plutôt confirmation. Ses deux objections n'ont, par conséquent, pas plus de raison d'être l'une que l'autre.

Il est enfin une assertion de M. Magitot que je trouve dans les bulletins de la Société de Chirurgie et que je ne puis laisser sans réponse (1) D'après lui, les pièces que j'aurais examinées auraient été, non des kystes vrais, mais de simples vacuoles contenant des éléments épithéliaux ou remplis de pus. Personne ne croira, j'imagine, qu'une pareille erreur ait pu être commise par les divers chirurgiens qui m'ont fourni ces pièces et par moi, qui ai tant examiné de kystes de toutes sortes et de toutes régions. Aussi je répondrai à M. Magitot que si dans les figures que j'ai données et qui ont été très exactement dessinées à la chambre claire, il n'a pas reconnu les kystes en question, c'est qu'il n'en a jamais vu de bonnes préparations au microscope.

M. Magitot, qui a fait des recherches sur le développement des dents avec l'aide de Ch. Robin et de Legros, devrait comprendre, mieux que tout autre, que pour traiter les questions de pathogénie, il ne suffit plus aujourd'hui d'examiner des malades et des pièces d'anatomie pathologique macroscopique; il faut encore faire appel aux données de l'histologie et de l'histologie sérieusement faite. Qu'on se figure un médecin voulant de nos jours traiter de la pathogénie des lésions tuberculeuses, en se fondant sur les données de la clinique et de l'anatomie pathologique macroscopique, sans être au courant de tout ce qui a été fait dans ces dernières années, en fait d'histologie et de microbiologie; il arriverait vraisemblablement à de bien singulières théories, à des théories périostiques.

M. Magitot répond qu'il ne saurait admettre la genèse de ces kystes s'effectuant aux dépens de débris épithéliaux paradentaires. Il fait alors passer sous les yeux de la Société une série de pièces qui, suivant lui, prouveraient qu'ils se développent uniquement aux dépens du ligament alvéolaire qui leur sert ultérieurement de paroi.

M. Chouppe lit un travail fait en collaboration avec M. Pinet sur l'action du foie sur les alcaloïdes et *particulièrement sur son rôle dans l'empoisonnement par la stychnine.* Sa note se termine ainsi : « Il n'est pas permis de généraliser comme on le fait, quand on dit que le foie détruit les alcaloïdes végétaux ou modifie leur action; il n'agit pas autrement que les autres réseaux capillaires. Les expériences des auteurs qui nous ont précédé, faites le plus souvent avec la nicotine, ne peuvent servir de point de départ pour une théorie générale. Nous ne voulons pas tomber dans le même excès et conclure de la non influence sur la strychnine à une absence absolue d'action du foie sur les poisons végétaux ou sur ceux produits dans l'organisme; mais nous pensons qu'il n'est plus permis de chercher dans cette prétendue action du foie sur tous les alcaloïdes végétaux une preuve inébranlable de l'influence protectrice de la glande hépatique contre les produits toxiques formés dans les actes physiologiques de la nutrition ou dans le cours des altérations pathologiques de l'organisme.

M. Charrin dit que, suivant lui, M. Chouppe n'a pas suffisamment dilué sa solution et que peut-être il l'a agitée trop brusquement, ce qui fait que ses résultats peuvent, de ce fait, être entachés d'une certaine dose d'erreur. De plus, à l'inverse de ce que dit M. Chouppe, M. Heger admet parfaitement l'action du foie sur les alcaloïdes.

M. Chouppe répond qu'il a pris toutes les précautions usitées en pareil cas, en ce qui concerne la dilution et l'injection lente de l'alcaloïde. Quand à M. Heger, il faut croire qu'il a de nouveau changé d'opinion. D'ailleurs, ce n'est pas une critique d'un procédé ou d'un auteur que nous avons voulu faire, ajoute-t-il, mais bien celle d'une théorie générale, qui attribue à la cellule hépatique, vis-à-vis des alcaloïdes, une action spéciale, alors qu'il ne s'agit, suivant nous, que de simples phénomènes d'action dévolues aux réseaux capillaires.

M. Raymond remet une note de MM. Arthauld et Bulte, sur *l'albuminurie expérimentale à la suite des lésions du pneumogastrique.* En injectant de la poudre de lycopode en suspens on dans l'eau, on détermine à coup sûr une albuminurie causée par une néphrite intestinale qui, en dehors même de certains autres symptômes inconstants, amène toujours la mort de l'animal.

MM. Capitan et Gley ont étudié *les variations de la toxicité de l'antipyrine* suivant la voie d'introduction dans l'organisme. Ils ont constaté : 1° que par la voie sous-cutanée il fallait injecter 1 gr. 45 à 1 gr. 50 par kilogr. d'animal pour voir survenir la mort au bout de 2 heures environ, après une série de convulsions de moyenne intensité, se produisant seulement une heure après l'injection. — 2° A la suite de l'injection dans une veine périphérique, les convulsions surviennent après 10 à 15 minutes ; elles sont extrêmement intenses. La mort arrive au bout d'une demi-heure environ; la dose totale injectée étant de 0 gr. 65 à 0 gr. 70 par kilogr. d'animal. — 3° L'injection est-elle poussée par une veine mésentérique, l'animal n'a plus que des convulsions beaucoup moins marquées, se produisant après 15 minutes environ; la mort survient en 40 à 50 minutes, après qu'on a fait pénétrer une dose de 0 gr. 80 à 0 gr. 90 par kilogr. d'animal. — On peut donc conclure de là que le foie semble jouer un rôle d'arrêt sur l'absorption de l'antipyrine, faible il est vrai (0 gr. 10 à 0 gr. 20 par kilogr. d'animal) et que, d'autre part, il semble aussi modifier la toxicité de l'antipyrine qui ne produit plus alors de convulsions aussi graves que par l'injection intraveineuse périphérique ou par l'injection sous-cutanée.

M. Arloing a reçu de M. Gayet du pus provenant de l'œil d'un individu blessé dangereusement par un soc de charrue. L'œil était extrêmement tuméfié, et non seulement il s'échappait du pus par les incisions qui furent faites, mais encore des gaz fétides en quantités considérables. L'examen du pus révéla la présence d'un bacille extrêmement ténu qui, inoculé à des rats et à des cobayes, reproduisit des gaz dans le tissu cellulaire. Ce bacille diffère par ses proportions de celui de la septicémie gangréneuse qui, lui aussi, donne lieu au développement de gaz ; il en diffère aussi en ce sens qu'il n'est pas inoculable au lapin. Il est à la fois aérobie et anaérobie, il agit surtout lorsqu'il est dilué dans de l'eau à laquelle on a ajouté un peu d'acide lactique.

M. Hénocque complète sa précédente communication en parlant des modifications de l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine chez les chlorotiques et les anémiques. Les chiffres qu'il donne démontrent nettement la prédominance de la diminution si brusque des échanges et de la consommation de l'oxygène chez les chlorotiques, ce qui n'a pas lieu dans l'anémie.

M. Gellé remet une note de MM. Mairet et Combemale qui, à l'aide de l'antipyrine administrée en lavement à la dose de 4 grammes, ont pu ainsi procurer le sommeil à des alcooliques ou des épileptiques agités.

M. Arloing présente un analyseur bactériologique pour la recherche des germes contenus dans l'eau.

M. Retterer continue ses recherches sur la structure du *tissu érectile renfermé dans les organes de l'accouplement.*

M. Bourquelot expose la suite de ses recherches sur les *sucres fermentescibles.* Gilles de la Tourette.

(1) *Bull. Soc. de Chirurg.*, 1887, note p. 558.

Mesures sanitaires. — Par décision ministérielle prise conformément à l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène, une observation de trois jours est imposée dans les ports du littoral de la Méditerranée aux provenances de la Sardaigne. L'observation de trois jours imposée dans les ports français de la Méditerranée aux provenances de Malte est supprimée et remplacée par une visite médicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

Election d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. Votants: 74. Majorité: 38 Au premier tour de scrutin, M. FRANÇOIS FRANCK est élu par 61 voix, contre M. Gréhant, 8; M. Regnard, 2; M. Rémy, 1; bulletins blancs, 2.

M. L. LE FORT lit un *rapport sur le Prix de l'Académie* pour l'année 1887. La question proposée fut la suivante: *De l'hystérectomie vaginale; indications et procédés opératoires.* M. L. Le Fort expose tout d'abord l'état de la science sur cette importante question, et se demande si dans les cancers limités au col on doit préférer l'hystérectomie totale à l'hystérectomie partielle. M. L. Lefort incline vers l'hystérectomie totale, afin de se mettre davantage à l'abri de la récidive. Après avoir établi les indications et les contre-indications d'une semblable opération, M. Le Fort examine la valeur relative des trois mémoires adressés à l'Académie.

M. VERNEUIL pense que l'amputation partielle est suffisante dans les cas où l'affection est limitée au col de l'utérus, car la moyenne de la survie est bien supérieure à celle qui suit l'opération de l'hystérectomie totale. Chez ses opérées, la moyenne de la survie a été de dix neuf mois.

M. TRÉLAT partage la manière de voir de M. Le Fort, ayant eu l'occasion d'opérer quatre fois des femmes atteintes d'épithélioma utérin.

M. LE FORT estime que l'hystérectomie partielle peut être très bonne quand il s'agit d'un petit épithélioma du col. Toutefois, comme on ne sait jamais où s'arrête le mal, on doit procéder pour l'utérus comme pour le sein. en enlevant l'organe malade aussi complètement que possible.

M. LABBÉ fait observer qu'entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie partielle, il y a place pour une troisième opération préconisée par Schrœder. Celle-ci consiste à isoler l'utérus et à évider sa cavité en enlevant toutes les productions malignes qu'elle contient.

M. L. H. PETIT fait une communication sur *la découverte des glandes bulbo-uréthrales par Jean Méry.* Les recherches faites dans les registres de l'Académie des Sciences prouvent que la description de ces glandes chez l'homme par Méry est de 1684, et celle de Cowper de 1699.

M. DE VILLIERS lit un *rapport* sur les travaux adressés pendant l'année 1886 à la commission de l'Hygiène de l'enfance.

M. HAYEM fait la lecture d'un *rapport* officiel sur les épidémies qui ont sévi en France durant l'année 1886.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

M. BARTH présente à la Société un malade qu'il croit atteint de *tuberculose parenchymateuse de la langue.* Ce malade âgé de 30 ans présente de la tuberculose pulmonaire au second degré. On pouvait hésiter entre ce diagnostic et celui de gourmes syphilitiques. M. BARTH demande l'avis des membres de la Société.

M. DEBOVE présente un malade atteint d'une *atrophie musculaire* portant sur tous les muscles du bras, atrophie survenue à la suite d'une fracture, le malade étant *hystérique.* Dans l'impossibilité où il est de se servir de son bras, ce malade demande à ce qu'on le lui ampute. M. DEBOVE croit qu'il peut y avoir là un réel danger au point de vue des accidents hystériques que le traumatisme opératoire pourrait déterminer. Cet avis est partagé par M. Joffroy, et la plupart des membres de la Société qui pensent que le mieux est de s'abstenir.

M. HUCHARD lit une nouvelle note sur l'artério-sclérose du cœur où il insiste surtout sur la valeur du *retentissement diastolique de l'aorte* comme signe de l'exagération de la tension dans la petite circulation, indice précurseur, croit-il, de l'artério-sclérose généralisée. Il décrit cinq formes de l'artério-sclérose du cœur: la forme pulmonaire, la forme douloureuse, la forme arythmique, la forme tachycardique et la forme asystolique.

L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. SCHWARTZ dépose sur le bureau un extrait de l'Encyclopédie internationale de Chirurgie dont il est l'auteur et qui traite des *Maladies des organes génitaux de l'homme.*

M. BERGER, à propos du procès-verbal, cite l'observation suivante: Il a fait récemment l'*extirpation de l'astragale* chez un enfant de 6 ans pour un double pied-bot varus équin congénital. Cet enfant, en 1883, subit d'abord la ténotomie et la section de l'aponévrose plantaire à chaque pied, dont le renversement était très marqué; malgré l'application des appareils usités après des opérations de ce genre, le résultat était encore peu satisfaisant deux ans après. A droite, le redressement était assez complet, mais le malade marchait encore sur le bord externe du pied. A gauche, le résultat a été plus mauvais. Cette année, M. Berger a extirpé l'astragale d'abord sur le pied gauche, le moins amélioré. La guérison a été obtenue sans la moindre complication; mais le pied est resté dans sa totalité incurvé, avec concavité interne très marquée. Le pied droit, opéré depuis de la même façon, présente aujourd'hui une correction plus accentuée, mais le résultat n'est pas encore parfait. Cependant le malade peut marcher. M. Berger est d'avis que, dans ce cas, il aurait mieux valu réséquer une portion du calcanéum pour pouvoir redresser complètement le pied et empêcher le développement de l'incurvation à concavité interne (*résection cunéiforme*). Ce fait prouve qu'il est des cas où le pied-bot ne guérit pas chez les enfants par l'application des appareils, même après les sections tendineuses et aponévrotiques.

M. TRÉLAT ne procède pas tout à fait comme M. Berger pour redresser un pied bot après la ténotomie; il laisse s'écouler quatre jours après la section du tendon d'Achille avant de poser un appareil mécanique. Il rappelle qu'il a dernièrement présenté à la Société un appareil spécial à action constante et puissante. On ne peut établir de comparaison entre les anciens appareils et ceux qui agissent par l'intermédiaire du caoutchouc.

M. RECLUS a fait récemment une extirpation de l'astragale pour un pied-bot varus équin déjà traité par la ténotomie et l'aponévrotomie. Le malade marche bien.

M. TERRILLON a fait la même opération sur un enfant de 13 à 14 ans. Succès très net.

M. POLAILLON. — Les enfants dont il s'agit étaient un peu âgés pour qu'ils aient eu avec les appareils orthopédiques quelques chances de guérison. Mais chez des enfants très jeunes, les nouveaux appareils à traction continue donnent de très bons résultats.

M. ANGER a opéré lui aussi avec succès un pied-bot varus équin congénital, mais seulement par la ténotomie et l'emploi d'appareils à traction continue.

M. MONOD a opéré avec succès un garçon de 15 ans d'une lésion analogue.

M. LEFORT. — *Suite de la discussion sur la cure radicale des hernies non étranglées.* — M. Lefort ne saurait souscrire à ce qui a été dit dans les dernières séances. L'opération qu'on propose ne guérit pas la hernie d'une façon radicale, puisque après il faut porter un bandage. Ce n'est donc pas d'une cure radicale, mais plutôt d'une cure chirurgicale ou opératoire qu'il s'agit. Pour lui, l'opération n'est indiquée que dans des cas très limités (ectopie testiculaire avec accidents, difficulté de la contention, irréductibilité, etc., etc.). Le bandage dans les cas ordinaires est encore ce qu'il y a de mieux, mais il faut que le chirurgien modèle lui-même la pelote du bandage.

M. TRÉLAT fait remarquer que le bandage est la plupart du temps une pure illusion en pratique. Il maintient ce qu'il a dit précédemment; en somme, l'opération dite radicale est aujourd'hui considérée comme bénigne.

M. POLAILLON trouve le jugement de M. Lefort beaucoup trop sévère. Il s'agit d'une bonne opération qui soulage vraiment les malades. Le fait d'opérer une hernie ne constitue pas un obstacle à ce que la hernie ne se reproduise; mais est-ce la faute à l'opération si la paroi abdominale reste faible ?

M. VERNEUIL. — Comment a-t-on pu dire que le port d'un

bandage était dangereux ? mais, s'il est dangereux avant toute opération, pourquoi ne le serait-il pas après ? Il ne rejette pas absolument la cure dite radicale des hernies, mais prétend que c'est une opération grave.

M. Périer fait un rapport sur un travail de M. Reynier intitulé : *Ostéotomie du péroné pour cal vicieux consécutif à une fracture malléolaire,* et fait ressortir l'intérêt des observations de cette espèce. Il engage les chirurgiens à agir comme l'a fait M. Reynier lorsqu'ils auront à traiter des malades présentant les mêmes lésions.

M. Périer fait un autre rapport sur une observation envoyée par M. Houzel (de Boulogne) et intitulée : *Fracture exposée avec issue de la surface tibiotarsienne gauche ; suture osseuse, guérison.* Ce travail montre l'importance d'une antisepsie rigoureuse, et l'innocuité du séjour des fils d'argent dans une plaie et même dans une articulation.

Commissions. — Sont nommés membres de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de : 1° Membre titulaire de la Société : MM. Horteloup, Bouilly, Nélaton ; — 2° Membre correspondant national : MM. Lannelongue, Monod, Quenu, Terrier ; — 3° Membre associé étranger : MM. Trélat, Polaillon, Kirmisson, Reclus ; — 4° Membre correspondant étranger : MM. Verneuil, Le Dentu, Berger, Schwartz. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 novembre 1887. — Présidence de M. Colin.

M. le Dr Armaingaud lit une *note sur les hôpitaux maritimes d'Arcachon et de Banyuls.* La France ne possède que la station de Berck pour les enfants scrofuleux, tandis que l'Italie a 22 hospices maritimes. L'auteur a fait à Bordeaux et dans le Midi un grand nombre de conférences d'hygiène : il distribuait gratuitement aux auditeurs des petites brochures relatives à l'hygiène qui contenaient des annonces dont le prix a servi à fonder une vingtaine de lits dans un hospice maritime. C'est ainsi que l'hospice de Banyuls a pu être ouvert.

M. Wallon a fait des *expériences sur l'aération des locaux scolaires par le verre perforé.* Des carreaux perforés avaient été placés dans quelques classes du lycée Janson de Sailly. Dans les classes privées de tout système de ventilation, M. Wallon a trouvé $\frac{27}{10000}$ d'acide carbonique en volume ; dans les classes aérées par des carreaux perforés, $\frac{20}{10000}$; dans les classes aérées par des gaînes d'évacuation, $\frac{18}{10000}$; dans les classes possédant des gaînes d'évacuation et des carreaux perforés $\frac{15}{10000}$.

D'après les conclusions de l'auteur, le système des carreaux perforés est, au point de vue de l'évacuation de l'acide carbonique, identique au système des gaînes : il présente l'inconvénient de ne pouvoir fonctionner régulièrement lorsque le vent est violent. Ces carreaux perforés peuvent être un adjuvant utile ; mais le système des gaînes d'évacuation est préférable.

M. Bechmann fait une communication sur l'*eau de Seine et la fièvre typhoïde.* Répondant aux arguments de M. Brouardel, il montre que la mortalité a été plus marquée dans les quartiers où l'eau de source était distribuée aux habitants.

A. Martha.

CORRESPONDANCE

Recrutement par le concours des sages-femmes des bureaux de bienfaisance et du service des accouchements à domicile.

Paris, le 13 novembre 1887.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical,*

Aujourd'hui, j'ai eu l'occasion de lire le *Bulletin médical* et j'ai trouvé une motion émanée d'une sage-femme touchant la mise au concours des fonctions de sage-femme agréée des hôpitaux.

Voulez-vous permettre à une de vos lectrices assidues de vous demander d'user de votre influence pour faire étudier non seulement cette question, mais encore celle qui intéresse les sages-femmes dites du bureau de bienfaisance. Ces deux catégories de fonctionnaires se recrutent au hasard, pour ne pas dire autrement, je le sais, je vous l'assure.

Il en résulte que les indigents qui leur sont confiés ne trouvent près de ces dames aucun des bons soins que leur état réclame.

En outre, il n'est tenu compte d'aucune aptitude professionnelle dans ce choix. C'est ainsi qu'une sage-femme de notre arrondissement a été nommée du bureau deux ans après la prise de son diplôme. — La même offre a été faite à une autre sage-femme après quatorze ans d'attente. Je pourrais citer les deux noms.

Ainsi, au point de vue de la justice et de l'intérêt des malades, vous ferez, je crois, œuvre méritoire si vous vouliez bien élever votre voix en faveur d'un concours : 1° pour les agréées ; 2° pour les sages-femmes dites du bureau.

Veuillez agréer l'expression de mon plus profond respect,

Une sage-femme.

Nous croyons que la question soulevée dans la lettre qui précède mérite d'attirer sérieusement l'attention de l'administration. Malgré ses défauts, le *concours public* est de beaucoup préférable au recrutement actuel par la faveur.

Le Numéro des Étudiants : Facultés de médecine de Bucarest et d'Amsterdam.

Bucarest, 18 novembre 1887.

Mon cher confrère,

Je ne sais si vous vous souvenez de moi, un de vos anciens collègues, resté lecteur assidu de votre journal, auquel jadis j'ai eu l'honneur de fournir quelques articles. Je m'intéresse à ce journal d'autant plus que la notoriété dont il jouit à juste titre donne à tout ce qu'il publie une importance capitale. Le dernier numéro, que je viens de recevoir (le *N° des étudiants*), contient quelques renseignements inexacts ou incomplets sur notre Faculté de Bucarest. En ma qualité de professeur et médecin chef de notre principal hôpital, je me permets d'attirer sur ces erreurs votre bienveillante attention. Je vous dois cette rectification, cher confrère ; je le dois à mon titre d'ancien interne des hôpitaux de Paris, titre qui m'a valu la position que j'occupe dans mon pays.

Je m'empresse de vous faire observer, en premier lieu, que tous nos professeurs (sauf le Dr Théodor, élève de la Faculté de Berlin, et notre doyen le Dr Félix, élève de celle de Vienne), sont élèves de la Faculté de Paris. Parmi nous se trouvent trois anciens internes de Paris et un provisoire.

Les membres du corps enseignant médical qui ont été nommés sans concours, mais possèdent des titres scientifiques équivalents à ceux des professeurs reçus dans d'autres Facultés importantes, sont les professeurs de l'ancienne école de Médecine, transformée en Faculté en 1867. Ils ont passé de droit, comme il se fait d'habitude. Tous les autres ont passé par la filière des concours. Le seul cas exceptionnel à cet égard est celui de notre ancien collègue d'internat, M. le Dr Kalindéro, qui n'a point concouru, et pour l'admission duquel le gouvernement a présenté aux Chambres un projet de loi spécial, voté par le Corps législatif.

En ce qui concerne les médecins des hôpitaux de Bucarest, une seule place a été créée pour un ancien interne des hôpitaux de Paris et agrégé de la Faculté de Lille, le Dr Assaky.

L'article en question contient encore une erreur relativement aux médecins secondaires des hôpitaux. Tous, sans exception, sont nommés à la suite d'un concours. Pas un seul ne l'a été dans un but intéressé.

Jamais à Bucarest un médecin n'a été éloigné du service des hôpitaux pour cause de suppression de poste ou sous un prétexte quelconque.

Il est pour le moment absolument impossible de supprimer les places de médecins secondaires, places *nullement de faveur.* Nos internes ne présentent pas au même degré que ceux de Paris les garanties scientifiques exigibles pour l'exercice des fonctions de médecins secondaires.

Les médecins chefs sont nommés au concours. Les chaires de clinique possèdent des chefs de clinique choisis par les professeurs. En ce qui concerne la limite d'âge, elle constituera un progrès. Mais jusqu'à présent aucun médecin de nos hôpitaux n'a dépassé la soixantaine.

J'espère, mon cher confrère, que vous voudrez bien accorder

à ces quelques lignes l'obligeante et hospitalière publicité de votre journal. Je vous en remercie d'avance, et, en vous priant de me garder une place dans votre excellent souvenir, je vous serre très cordialement la main. Dr G. STOICESCO.

Vlissingen (Hollande), 21 novembre 1887.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans l'article : *Universités étrangères*, E Hollande, du *Progrès médical* (nº 45), il y a quelques erreurs et omissions. Permettez-moi de les énumérer : 1º L'Université communale d'Amsterdam possède le *jus promovendi;* 2º Il y a quatre Commissions (une à chaque Université), nommées annuellement par le roi, pour examiner les étudiants, qui veulent obtenir le titre d'Arts ; 3º Seulement les jeunes officiers de santé de l'armée sont placés pendant quelques mois à l'hôpital militaire d'Amsterdam ; les jeunes officiers de santé de la marine sont placés à l'hôpital de la Marine à Willems Oord (Nieuwediep) ; 4º Au lieu de *verloskuntye* et *verlostcundye*, il faut écrire : *verloskundige*.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de mon affectueux dévouement. Dr VAN DEVENTER.

VARIA

Ecole de médecine et de pharmacie militaire.

M. le Ministre a adressé la lettre suivante à M. le Président de la République :

Paris, le 22 novembre 1887.

Monsieur le Président,

L'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaire a pour objet essentiel de compléter l'instruction pratique des stagiaires qui sont tous docteurs en médecine, de leur faire connaître les maladies spéciales à l'armée ou prédominant dans ses rangs, les moyens hygiéniques qui lui sont propres, enfin les règlements qui déterminent le fonctionnement du service de santé et dirigent les médecins militaires dans un grand nombre d'actes qui engagent les intérêts de l'armée et ceux du Trésor. Institué par le décret du 9 août 1850, l'enseignement de cette Ecole, dite du Val-de-Grâce, a été l'objet d'améliorations dont l'évolution progressive a donné les plus heureux résultats, mais le moment est venu d'apporter à cet enseignement, comme au fonctionnement de l'Ecole, certaines réformes sanctionnées par l'expérience. Le cours théorique d'anatomie topographique pourrait avantageusement être rattaché à celui de médecine opératoire ; les cliniques médicale et chirurgicale, au lieu de constituer un enseignement qui, dans sa forme actuelle, est plus théorique que pratique, feraient place à des leçons journalières données simultanément au lit du malade, par chacun des professeurs et agrégés de médecine et de chirurgie, médecins traitants de l'hôpital du Val-de-Grâce ; les expertises ayant pour objet l'examen des aliments et denrées de toute nature, celui des eaux et des boissons à l'usage de l'armée, seraient l'objet d'une étude approfondie qu'on étendrait en outre aux règlements nouveaux ayant suivi la mise en application de la loi du 16 mars 1882, qui a consacré l'autonomie du corps de santé. Il est indispensable que les médecins militaires, devenus les administrateurs du service de santé, soient familiarisés avec tous les détails de ces règlements dont la parfaite connaissance est la base de toute initiative sage et féconde, dont l'application ponctuelle et judicieuse est la sauvegarde des droits de chacun et des intérêts du Trésor. Il m'a paru aussi qu'il y avait incompatibilité entre les fonctions de médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et les obligations et les travaux de l'enseignement proprement dit. Enfin, j'ai pensé qu'il convenait d'attribuer au sous-directeur de l'Ecole les fonctions qui sont si utilement exercées par les commandants en second et les directeurs des études des autres écoles militaires. Tel est, monsieur le Président, l'objet du décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation. Veuillez agréer, monsieur le Président, etc.

DÉCRET.

Le Président de la République française,

Vu les décrets des 9 août 1850, 18 novembre 1852, 12 juin 1856, 5 octobre 1882 et 1er octobre 1883, portant organisation de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires ; Vu la loi du 13 mars 1875, relative à la constitution des cadres et effectifs de l'armée ; Vu le décret du 30 mai 1875, et le règlement du 15 décembre de la même année, réglant le mode d'administration et de comptabilité des écoles militaires ; Vu le décret du 29 décembre 1875, instituant un emploi de major à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires ; Vu le décret du 24 mars 1881, constituant le cadre spécial du petit état-major de ladite École ; Vu la loi du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée ; Vu le décret du 1er octobre 1883, portant organisation des écoles du service de santé ; Sur le rapport du ministre de la guerre, décrète :

TITRE PREMIER. — *Institution de l'École.* — Article premier. L'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires est instituée pour donner, aux médecins et pharmaciens stagiaires, l'instruction professionnelle spéciale, théorique et pratique, nécessaire pour remplir dans l'armée les obligations de service qui incombent au corps de santé militaire.

TITRE II. — *Personnel de l'École.* — Art. 2. L'état-major de l'École sera composé de : Un médecin inspecteur, directeur ; un médecin principal de première classe, sous-directeur ; un médecin-major de première classe, major ; un médecin-major de deuxième classe, bibliothécaire et conservateur des collections ; trois médecins aides-major de première classe, surveillants ; un officier d'administration, comptable du matériel et trésorier. — Art. 3. Le directeur est nommé par décret, sur la proposition du ministre de la guerre. — Art. 4. — Le sous-directeur et les autres officiers attachés à l'Ecole sont nommés par décision ministérielle. Le bibliothécaire et conservateur des collections peut être pris parmi les médecins-majors de première classe en retraite. Les médecins aides-majors de première classe ne peuvent être nommés surveillants qu'après deux années d'ancienneté dans leur grade. — Art. 5. L'autorité du directeur de l'Ecole s'exerce sur tout le personnel et sur toutes les parties du service : police, discipline, instruction et administration. Il correspond directement avec le ministre. Il est tenu de résider à l'École. — Art. 6. Le sous-directeur est en même temps médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Il est l'intermédiaire du directeur de l'Ecole dans toutes les parties du service. Il est chargé de la police, de la discipline et du maintien de l'ordre de l'Ecole. Le personnel de l'Ecole est sous ses ordres immédiats et sous sa surveillance directe. Il tient le registre du personnel. Il remplace le directeur absent. Il n'est chargé d'aucun enseignement particulier. Il est directeur des études et, à ce titre, a le contrôle général sur tout ce qui concerne l'enseignement et les travaux pratiques. En cas d'absence, il est remplacé par le médecin principal le plus élevé en grade ou le plus ancien dans le grade supérieur. — Art. 7. Le major, l'officier d'administration, le bibliothécaire et les surveillants exercent leurs fonctions conformément aux règlements sur l'administration et la comptabilité des écoles et sur le service intérieur de l'École. — Art. 8. Le personnel de l'enseignement comprend des professeurs et des professeurs agrégés répartis comme il suit pour les diverses branches de l'enseignement : 1º Un professeur et un agrégé. Maladies et épidémies des armées ; — 2º Un professeur et un agrégé. Chirurgie d'armée (blessures de guerre) ; — 3º Un professeur et deux agrégés. Anatomie chirurgicale, opérations et appareils ; — 4º Un professeur et un agrégé. Hygiène et médecine légale militaires ; — 5º Un professeur et un agrégé. Législation, administration et service de santé militaires ; — 6º Un professeur et un agrégé. Chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie. L'agrégé de chimie, outre ses fonctions auprès du professeur de chimie, est mis à la disposition du professeur d'hygiène pour les démonstrations et exercices chimiques, bactériologiques, etc., nécessaires pour l'enseignement pratique de l'hygiène Les professeurs sont choisis parmi les anciens agrégés ou les agrégés en exercice. Ils sont nommés par le ministre sur des listes de trois candidats dressées l'une par le Conseil de perfectionnement de l'Ecole ; l'autre par le Comité consultatif de santé. Ils doivent être du grade de major de 1re classe au moins, et de principal de 1re classe au plus. La durée des fonctions de professeur ne peut excéder dix ans. Par exception, le premier titulaire de l'emploi de professeur d'administration créé par le présent décret pourra être choisi parmi les médecins militaires agrégés ou non agrégés présentés dans le forme indiquée ci-dessus. — Art. 9. Les professeurs agrégés sont nommés au concours. Les majors de 1re et de 2e classe sont seuls admis à concourir. La durée des fonctions de professeur agrégé est fixée à cinq ans. — Art. 10. Le petit état-major de l'Ecole est composé de : Un adjudant élève d'administration ; un sergent infirmier de visite ; cinq sergents d'infirmiers commis aux écritures ; un sergent maître d'armes ; sept caporaux infirmiers commis aux écritures ; douze soldats infirmiers de 1re ou de 2e classe. — Art. 11. Les agents subalternes civils sont nommés par le directeur de l'Ecole sur l'approbation du ministre. Ils comprennent : un aide de laboratoire, — un concierge de l'hotel de la Direction.

TITRE III. *Conseils.* — Art. 12. Il est établi à l'Ecole : — 1º un conseil de perfectionnement ; — 2º un conseil d'administration ; — 3º un conseil de discipline. Le conseil de perfectionnement est composé du directeur de l'Ecole, président ; du sous-directeur de

l'Ecole, directeur des études, et des professeurs ; un agrégé, désigné chaque année par le directeur, remplit les fonctions de secrétaire. Le conseil se réunit chaque fois que le directeur de l'Ecole le convoque et au moins deux fois par an. Il émet son avis motivé sur tous les objets soumis à ses délibérations sur la proposition du président ou d'un des membres, dans l'intérêt des études. Si ses délibérations l'amènent à proposer des modifications dans les programmes ou dans l'emploi du temps, les procès-verbaux des séances sont annexés aux demandes conformes adressées par le directeur de l'Ecole au ministre. — Art. 13. Le conseil d'administration se compose : Du directeur de l'Ecole, président ; — du sous-directeur ; — des deux médecins professeurs ; — du major rapporteur ; — de l'officier d'administration trésorier et comptable du matériel. Les médecins professeurs sont choisis parmi les plus anciens de grade. Le plus ancien est membre de droit, les deux autres alternent. Les attributions du conseil d'administration sont définies par les règlements sur l'administration des écoles. — Art. 14 Le conseil de discipline est composé : Du directeur de l'Ecole, président ; — du sous-directeur de l'Ecole ; — d'un professeur désigné chaque année par le directeur ; — de deux médecins principaux ou majors de la garnison désignés chaque année par le ministre Le conseil de discipline est chargé de provoquer toutes les mesures nécessaires au maintien de l'ordre. Le stagiaire qui aura commis une faute assez grave pour encourir le renvoi de l'Ecole paraîtra devant le conseil de discipline. Le ministre de la guerre statuera sur les propositions de renvoi qui devront toujours être accompagnées d'un avis motivé du conseil. Toutefois, lorsqu'il s'agira de désordres graves, de manifestations quelconques ou de fautes collectives, le ministre prendra, d'après les rapports du directeur de l'Ecole, telles mesures qu'il jugera convenable dans l'intérêt de la discipline.

TITRE IV. *Dispositions relatives aux stagiaires et au service intérieur.* — Art. 15 Tout élève de santé militaire, reçu docteur en médecine ou pharmacie de 1re classe, est admis de plein droit à l'Ecole d'application, du 1er novembre au 25 décembre. Les élèves du service de santé, admis à l'Ecole d'application, subissent un examen qui détermine leur rang de classsement ; il comprend les épreuves suivantes : *Pour les élèves docteurs* : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° Examen de deux malades atteints : l'un d'une affection médicale ; l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° Une preuve de médecine opératoire, précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° Interrogatoire sur l'hygiène. *Pour les élèves pharmaciens* : 1° Une composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° Interrogation sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° Préparation de plusieurs médicaments inscrits aux codex, et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés). Cet examen est passé du 26 au 31 décembre, devant un jury présidé par le médecin inspecteur, directeur de l'Ecole, et composé pour les élèves médecins, des médecins professeurs, et pour les élèves pharmaciens, des pharmaciens professeurs et professeurs agrégés à l'Ecole, ainsi que d'un pharmacien-major désigné par le ministre, sur la proposition du Comité consultatif de santé. A la suite de cet examen, les élèves sont nommés stagiaires. Le stage commence le 1er janvier. — Art. 16. Les diverses branches de l'enseignement sont déterminées par des programmes. Ces programmes et le tableau de l'emploi du temps sont soumis à l'approbation du ministre par le directeur de l'Ecole. — Art. 17. Le règlement sur le service intérieur de l'Ecole sera présenté par le directeur à l'approbation du ministre ; aucune modification ultérieure ne pourra y être apportée sans une autorisation ministérielle préalable. — Art. 18. L'Ecole sera inspectée chaque année, par le médecin inspecteur général, conformément aux instructions ministérielles. — Art. 19. A partir de leur nomination, les stagiaires reçoivent la subvention déterminée par les tarifs de solde et il leur est attribué une indemnité de première mise d'équipement. — Art. 20. Ils sont soumis, à l'intérieur de l'Ecole, à des interrogations et à des épreuves pratiques qui donnent lieu à des notes permettant d'établir, tous les deux mois, un classement qui est transmis au ministre. — Art. 21. Les examens de sortie sont passés devant un jury formé d'un médecin inspecteur, des professeurs de l'école et de deux médecins principaux ou majors employés dans le gouvernement militaire de Paris. Les membres du jury, autres que les professeurs, sont désignés par le ministre, sur la proposition du Comité consultatif de santé. Les notes des examens de sortie, combinées avec les classements trimestriels, permettent d'établir le classement de sortie. — Art. 22. Les stagiaires qui ont subi avec succès les épreuves de l'examen de sortie quittent l'Ecole avec le grade de médecin aide-major de deuxième classe, l'ancienneté est déterminée par le numéro de classement de sortie. — Art. 23. Tout stagiaire qui n'aura pas obtenu à l'examen de sortie la moyenne des points déterminés par le règlement sur le service intérieur de l Ecole sera, sur la proposition du jury, désigné au ministre pour être licencié de l'Ecole. — Art. 24. Tout stagiaire licencié de l'Ecole est tenu au remboursement du montant des frais de scolarité, d'indemnité qu'il aurait pu toucher étant élève et d'indemnité de première mise d'équipement. — Art. 25. Le même remboursement sera exigé des médecins ou pharmaciens militaires qui quitteraient plus tard, volontairement, le service de santé militaire, avant d'avoir accompli leur engagement d'honneur.

TITRE V. *Dispositions générales.* — Art. 26. Toutes les dispositions contraires au présent décret sont et demeurent abrogées. — Art. 27. Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui recevra son application à partir du 22 novembre 1887.

Souscription pour une médaille en souvenir de M. le professeur Gosselin.

Quelques-uns des anciens élèves et des amis de M. le Professeur GOSSELIN ont résolu de faire reproduire ses traits sur une plaquette en bronze dont l'exécution a été confiée à un éminent artiste, M. O. ROTY, statuaire médailliste, l'auteur de la Médaille commémorative du Centenaire de M. Chevreul. A cet effet, vient de s'ouvrir une Souscription à laquelle sont invités à prendre part tous ceux qui ont connu le Professeur GOSSELIN et qui désirent, en donnant un témoignage de respect et d'affection à sa mémoire, conserver de lui un souvenir durable. — Un comité dont font partie MM. Tillaux, Lannelongue, Périer, Berger, s'est chargé de recueillir les adhésions à cette souscription. — Le montant de la cotisation est de 20 *francs*. Chaque Souscripteur recevra un exemplaire de la plaquette en bronze dans un écrin. La Souscription sera définitivement close le 25 Décembre 1887. Les personnes qui par suite d'une omission ou d'une erreur n'auraient pas reçu de lettres personnelles d'avis, sont priées de faire connaître leur adhésion avant cette date, à M. le docteur Berger, 4, rue du Bac, Paris.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 5. — (Epreuve pratique) Médec. opér. : MM. Guyon, Remy, Reynier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, Ch. Richet, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Delens, Budin, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Fournier, Ollivier, Landouzy.

MARDI 6. — 2e *de Doctorat,* (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Joffroy. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Tarnier, Polaillon, Campenon ; — (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Raymond — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Richet, Le Fort, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Duplay, Bouilly ; — (2e partie) : MM. Cornil, Legroux, Quinquaud.

MERCREDI 7. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Delens, Dejerine ; — (2e partie) : MM. Ch Richet, Reynier, Brissaud. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Trélat, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes.

JEUDI 8 — (Epreuve pratique Dissection : MM. Polaillon, Quenu, Poirier. — — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Schwartz ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Hanot. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. G. Sée, Ball, Ballet ; — (2e *Série*) : MM. Peter, Proust, Troisier.

VENDREDI 9. (Epreuve pratique) Médec. opér. : MM. Lannelongue, Segond, Jalaguier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Remy ; — (2e *Série*) : MM. Hayem, Reynier, Chauffard. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Brissaud.

SAMEDI 10. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Mathias-Duval, Brun. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Campenon. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Legroux, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. Panas, Polaillon, Maygrier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ball, Cornil, Troisier, — (2e *Série*) Peter, Fernet, Raymond.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 7. — M. Foubert. Variations passagères de volume du cœur. — M. Bex. Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale. — *Jeudi* 8. — M. Delbecq. Des fractures simples des os du carpe. — M. Malpas. Contributions à l'étude clinique des tumeurs de l'orbite.

BUREAU CENTRAL MÉTÉOROLOGIQUE DE FRANCE. — M. le Dr DU MESNIL, médecin de l'Asile de Vincennes, est nommé pour un an, à partir du 28 novembre, secrétaire dudit Bureau. Excellent choix.

CONSEIL MUNICIPAL

Laïcisation des maisons de secours.

Sur le rapport de M. Daumas, au Conseil municipal (séance du 26 novembre), le Conseil a invité l'Administration préfectorale à provoquer dans le plus bref délai possible, la laïcisation de toutes les maisons de secours non encore laïcisées. A cette occasion, nous ne saurions trop insister pour que l'Administration choisisse parmi les élèves des écoles municipales d'infirmières celles qui par leur âge, leur instruction et leur ancienne situation, offrent les plus grandes garanties.

Demande d'établissement d'une maison de secours dans le quartier du Père-Lachaise.

En 1885, M. E. Monteil, alors conseiller municipal, avait déposé une proposition tendant à la suppression des maisons de secours. Cette proposition a été écartée par le Conseil (26 novembre) et dans la même séance M. Daumas a fait un rapport sur une pétition des habitants du quartier du Père-Lachaise, demandant la création, dans ce quartier, d'une maison de secours. Cette demande, appuyée par M. Vaillant, a été renvoyée à l'Administration.

Nous croyons que la solution n'est ni dans la suppression totale des maisons de secours, ni dans la création de nouvelles maisons de secours. Nous estimons que tout d'abord il convient de réorganiser sérieusement les *consultations externes* qui se font dans les hôpitaux sur les bases suivantes : 1° Confier la consultation à un médecin et à un chirurgien du Bureau central pendant un an au moins, 2° Accorder les médicaments, les bains et les douches aux malades qui peuvent être soignés chez eux ; 3° Leur allouer un secours de maladie. Si cette réforme était réalisée, elle permettrait, chaque semaine, de soigner convenablement, en les laissant chez eux, un certain nombre de malades qui aujourd'hui étant hospitalisés, coûtent plus cher et prennent des lits qu'on pourrait réserver à des malades atteints plus gravement ou qui se trouvent dans des conditions matérielles telles qu'il est impossible de les soigner utilement chez eux. Nous ajouterons que si cette réforme était mise à exécution, on débarrasserait les hôpitaux de la plupart des brancards qui les encombrent. Les consultations externes, bien organisées, doivent constituer les premiers dispensaires de la Ville. On verra ensuite s'il faut en créer d'autres dans les quartiers dépourvus d'hôpitaux.

Changement de nom de l'hospice des Incurables.

Notre bien regretté ami Robinet avait demandé que le nom d'hospice des Incurables fut remplacé par celui de *Maison de retraite d'Ivry*. Sur le rapport de M. Joffrin, le Conseil a adopté cette proposition, et M. Poubelle, préfet de la Seine, a déclaré accepter les termes de la proposition (séance du 26 novembre). A ce propos, nous devons signaler que l'Administration de l'Assistance publique s'est conformée à un vœu que nous avons fait adopter autrefois par le Conseil relatif au rétablissement des noms de la *Salpêtrière* et de *Bicêtre* au lieu de *Vieillesse-Femmes* et *Vieillesse-Hommes*.

FORMULES

X. Traitement du rachitisme.

X. Phosphore	0,01	centigr.
Huile d'amandes douces	30	gramm.
Gomme arabique en poudre	aa 15	—
Sucre de canne en poudre		
Eau distillée	40	—

Deux ou trois cuillerées à café par jour. (*Montp. méd.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du dimanche 20 novembre 1887 au samedi 26 novemb. 1887, les naissances ont été au nombre de 1167, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 459 ; illégitimes, 137. Total, 596. — *Sexe féminin* : légitimes, 425 ; illégitimes, 146. Total, 571

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 novemb. 1887 au samedi 26 novemb. 1887, les décès ont été au nombre de 970, savoir : 506 hommes et 464 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 16, F. 16. T. 32 — Variole : M. 5, F. 2. T. 7. — Rougeole : M. 4, F 12. T 16. — Scarlatine : M 0, F. 3, T. 3. — Coqueluche : M. 0, F. 2. T. 2. — Diphthérie, Croup : M. 20 F. 12, T. 32. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 124, F. 72. T. 196. — Autres tuberculoses : M. 12 F 7. T. 19. Tumeurs benignes : M. 1, F. 5. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 27. T. 46. — Méningite simple : M. 13, F. 21 T. 34. — Congestion et hémorrhagie cerébrale : M. 24, F 28. T. 52. — Paralysie : M. 1. F. 2 T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 8. F. 2 T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 33. T 55. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 21 T. 38.— Bronchite chronique : M 16, F. 21. T. 37. — Broncho-Pneumonie : M. 11. F. 11. T. 22. — Pneumonie M. 24, F. 27. T. 51. — Gastro-entérite, biberon : M. 9, F.10. T.19.— Gastro-entérite, sein : M 5, F. 6. T. 11 —Autres gastro entérite : M. 3, F. 5. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6 T 6. — Autres affections puerperales : M. 0. F. 2 T. 2. Débilité congénitale et vices de conformation : M. 17, F. 8, T. 25. — Senilité : M. 6, F. 18. T 24. — Suicides : M. 10, F. 5 T. 15. — Autres morts violentes . M 6, F. 3 T. 9. — Autres causes de mort : M. 104 F. 73. T. 177. — Causes restées inconnues : M 9 F. 4. T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 94, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 25. Total : 55. — *Sexe féminin* : légitimes, 26 ; illégitimes, 13. Total : 39.

Faculté des sciences de Paris. — Le laboratoire de recherches de M. le professeur Gaston Bonnier (botanique) est ouvert, pendant l'année scolaire 1887-1888, tous les jours, de huit heures du matin à sept heures du soir On s inscrit, de deux heures à quatre heures, au laboratoire de botanique de la Sorbonne (Escalier E, au deuxième étage) — Les laboratoires d'enseignement de MM. les professeurs H. de Lacaze-Duthiers et Yves Delage sont ouverts. Les travaux pratiques ont lieu tous les jours sous la direction des professeurs, de midi à quatre heures ; ils consisteront en dissections, exercices pratiques et conférences d'anatomie, physiologie et zoologie dont les sujets seront pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles. Les laboratoires de recherches seront ouverts à la Sorbonne, pendant toute l'année scolaire, et aux stations maritimes de Roscoff (Finistère) pendant l'été, et de Banyuls-sur-Mer. laboratoire Arago (Pyrénées-Orientales), pendant l'hiver. On s'inscrit de deux heures à quatre heures au secrétariat de la Faculté des sciences.

Thèses de Doctorat.—M. Paul Adam a soutenu devant la Faculté des sciences de Paris, le 23 novembre, à huit heures trois quarts, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : *Action de quelques chlorures organiques sur le diphényle en présence de chlorure d'aluminium.*

Le mercredi 30 novembre 1887, à huit heures trois quarts du matin, dans la salle des Examens, M. Pérot a soutenu, pour obtenir le grade de docteur ès-sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : *Sur la mesure du volume spécifique des vapeurs saturées et détermination de l'équivalent mécanique de la chaleur.*

Faculté de médecine de Paris. — *Bourses d'études.* Par arrêté ministériel du 25 novembre, sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1887, boursiers près la Faculté de médecine de Paris, les candidats au doctorat en médecine dont les noms suivent : *Elèves à 8 inscriptions.* — Bourse entière : MM. Finet, de Bourgon, Jayle. — Demi-bourse : MM. Houry, Simonot, Mayet, Monnier. *Elèves à 12 inscriptions.* — Bourse entière : MM. Vezès, Chatelot. — Demi-bourse : M. Nageotte. *Elèves à 16 inscriptions.* — Bourse entière : MM. Tissier, Calot, Lirieux. — Demi-bourse : M. Dufour.

Conférences d'obstétrique. — M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera ces conferences, le vendredi 2 décembre 1887, à 5 h. (Petit Amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Sujet des conferences : Pathologie de la grossesse. Dystocie. Opérations obstétricales.

Nominations. — M. Coudray, docteur en médecine, est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe à ladite Faculté. — Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique à ladite Faculté, pour l'année scolaire 1887-1888, demeure composé comme suit : MM. Brault chef de travaux ; Chantemesse, préparateur ; Toupet, préparateur, et MM. Widal, Marfan, Clado, Guinon, Nicole, moniteurs. — Le personnel du laboratoire de clinique des maladies des enfants est composé comme suit à partir du 1er novembre 1887 : MM. Germont, préparateur d'anatomie pathologique ; Lhomme, préparateur de bactériologie ; Chautard, préparateur de chimie.

Faculté des sciences de Bordeaux.— Un congé d'un an est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1887-1888, à M. Painchenat, préparateur de physique à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Vézian, professeur de géologie et minéralogie, est nommé pour trois ans, à partir du 30 novembre 1887, doyen de ladite Faculté.

Faculté des sciences de Caen. — M. Ditte, professeur de chimie, est nommé pour trois ans doyen de ladite Faculté.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Sont nommés, pour deux ans, *Chef de clinique chirurgicale* : M. Imbert (G.), docteur en médecine, en remplacement de M. Rafin, dont le temps d'exercice est expiré ; — *Chef de clinique obstétricale* : M. Blanc (E.-S.), docteur en médecine, en remplacement de M. Blanc (H.-E.), dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Nancy.— MM. Simon (E.), Adam (A.) et Guirlen (J.), sont nommés aides de clinique à ladite Faculté, en remplacement de MM. Licht, Levez et Viteux, démissionnaires.

Ecole pratique des Hautes-Études, — M. Petit (P.-E.), professeur agrégé de physique au lycée de Pau, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de chimie organique, dirigé par M. Berthelot, en remplacement de M. Recoura, en congé.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Ducruzel, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de chimie à ladite Ecole. — M. Guillemin est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de suppléant de physique et de chimie, et chargé, à ce titre, d'un cours de physique.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens. — Sont nommés à ladite Ecole. *Chef de clinique médicale* : M. Lenté ; — *Chef de clinique chirurgicale* : M. du Roselle, docteur en médecine; — *Chef de clinique obstétricale* : M. Boury, bachelier ès lettres ;— M. Dhourdin, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, jusqu'à la fin du prochain concours, des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

Ecole de médecine de Caen. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole, pour l'année scolaire 1886-1887 : *Médecine*. Première année : premier prix, M. Auvray ; — Deuxième année : premier prix, M. Lesage ; — Quatrième année : premier prix, M. Loisel. — Concours Dan de la Vauterie : premier prix, M. Loisel ; — Concours Le Sauvage ; deuxième prix, M. Dameuve ; — Concours de travaux cliniques : premier prix, M. Rondel. — *Pharmacie*. Première année : premier prix, M. Renouf; mentions honorables, MM. Lecuyer et Lebrun ; — Deuxième année : premier prix, M. Desrez ; mention honorable, M. Satis ; — Troisième année : premier prix, *ex æquo*, MM. Rancin et Eudes. — Concours de travaux chimiques : premier prix, M. Satis ; mention honorable, M. d'Auploy.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Tripot (J.) est nommé préparateur des cours de chimie et de pharmacie, à ladite Ecole, en remplacement de M. Allaire, démissionnaire.

Ecole de médecine et de pharmacie de Poitiers. — M. Roland, suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de physiologie à ladite Ecole.

Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. — M. Delacour, professeur de clinique interne, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole,

Hôpitaux de Paris. *Concours des prix de l'internat.* (Médaille d'or ou bourse de voyage). — La question écrite posée a été : *Pylore et dilatation de l'estomac.* — Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Circulation sanguine du rein* et *néphrites infectieuses* ; — *Muqueuse vésicale* et *Fièvre urineuse*. La lecture des compositions commencera mercredi prochain, à 5 heures, à la Charité. — *Concours de l'Externat.* Questions orales (suite) : Rapports du foie ; — Articulation scapulo-humérale ; — Artère poplitée et ses branches.

Hôpitaux de Vienne. *Concours pour les médecins.* — Le concours pour deux places de médecin des hôpitaux de Vienne, commencé le 21 novembre, s'est terminé le 25 par la nomination de MM. Honnorat et Figuet.

Hospices d'Orléans. *Concours pour trois places d'internes.* — Ce concours aura lieu le mardi 20 décembre 1887, à une heure. Sont seuls admis à concourir les étudiants en médecine, qui justifient d'un service d'un an au moins comme externe dans un hôpital. Ils doivent produire leurs états d'inscriptions et d'examens et des certificats de leurs chefs de service, rendant bon témoignage de leurs dispositions et de leur conduite. Le concours consiste en des épreuves orales sur l'anatomie et la chirurgie et des épreuves écrites sur la physiologie et la médecine. La durée de l'internat est de deux années. Les internes sont logés, nourris, chauffés et éclairés; ils reçoivent un traitement de 400 fr. par an. Les candidats doivent se faire inscrire et déposer leurs pièces au Secrétariat des hospices, au plus tard, la veille du concours.

Hotel-Dieu de Reims. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Roussel, Monflier et Longuet.

Assistance publique. — M. Derouin, chef de la division du domaine et de la comptabilité, vient d'être nommé secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique.

Banquet offert au Dr Péan. — Le banquet, offert au Dr Péan par ses élèves et amis pour sa nomination à l'Académie, aura lieu le jeudi 15 décembre 1887, à 7 heures 1/2, à l'Hôtel-Continental. Prière d'envoyer les adhésions, avant le 11 *décembre*, à l'un des membres du Comité d'organisation : MM. les Drs Brochin, 51, boulevard St-Michel ; Deny, 18, rue de la Pépinière ; Porak, 133, boulevard St-Germain ; Prengrueber, 32 rue des Mathurins, ou à MM. Bouygues, Chrétien, Lepage, internes à l'hôpital St-Louis. —Le prix de la cotisation est de 22 francs.

Epidémie de variole. — L'Épidémie de variole qui sévit depuis quelque temps déjà à Saint-Denis (Seine) ne décroit que très lentement, d'où nécessité de la revaccination d'urgence.

Service de santé militaire. — Sont nommés : au grade de *médecin major de 1re classe*, MM. Weiss, Chulot et Puel ; au grade de *médecin major de 2e classe*, MM. Bagneris, Colleville, Guillemin, Voger, Belugou, Guibal, Thau, Dumas, Sarda, Broussa, Dupré ; au grade de *pharmacien major de 2e classe*, MM. Pettot, Ville.

Nécrologie. — M. le Dr Bourlhommien (de Coulomiers-Lasplanes). — M. le Dr H. de Goermör, ancien doyen de la Faculté de médecine de Budapesth. — M. le Dr Mehring, professeur à la Faculté de médecine de Kieff. — M. le Dr P.-O. Dupin, décédé à Bordeaux. — M. le Dr Guillabert (de Toulon), ancien chirurgien de la marine, décédé à l'age de 68 ans. — M. Legolleur, médecin de 1re classe de la marine, décédé au Gabon. — M. le Dr Fechner, professeur à la Faculté de médecine de Leipzig. — M. le Dr Passavant, décédé à Honolulu. — M. le Dr Lequerré. — M. Ménière, pharmacien en chef des hôpitaux d'Angers, décédé à 72 ans. M. Ménière fut un savant. On lui doit les travaux suivants, d'après la *Gazette de Gynécologie* : *Notes pour servir à l'histoire des pharmaciens d'Angers*, 1859 ; — *Parmentier et le professeur Renou*, 1862; — *Note pour servir à l'histoire de l'encens d'Orient, préparée en Anjou, pour la préparation des fausses perles*, 1874; — *Observations sur le serment professionnel des anciens pharmaciens*, 1875 ; — *Eaux minérales ferrugineuses du département de Maine-et-Loire*, 1858 ; — *Du sulfure d'antimoine et des oxydes d'antimoine observés dans le calcaire dévonien des fourneaux à chaux*, 1858;—*Observations sur d'anciens gîtes métallifères de l'Anjou, suivies d'une étude sur les lignites et le fer sulfuré*, 1860; —*L'Histoire naturelle à l'Exposition de Nantes*, 1861 ; — *Etudes relatives au terrain quaternaire de Maine-et-Loire*, 1863; — *Observations sur le métamorphisme des schistes en Anjou*, 1er mém., 1861 ; 2e mém., 1864 ; — *Note sur l'œtite ou pierre d'aigle*, 1866: — *Essai sur la minéralogie du département de Maine-et-Loire*, 131 p., 1866 ; — *Recherches bibliographiques sur les minerais de fer, suivies d'une ancienne mine en Anjou*, 1877 ;—*Les Enfants abandonnés de la province d'Anjou*, 1884 ; — *L'Histoire du Banvin à l'Hôtel-Dieu d'Angers, en 1433, et le dernier consistoire de Sorges, en 1685*, 1884 ; — *Glossaire étymologique et comparatif du patois angevin ancien et moderne*, 1 vol. 400 p., 1881.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VI. N° 50. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 10 DÉCEMBRE 1887.

Le Progrès Médical

REVUE CRITIQUE

De l'audition colorée :

Par J. BARATOUX.

L'*audition colorée* est un phénomène qui consiste en ce que deux sens différents sont simultanément mis en activité par une excitation produite par un seul de ces sens, ou, pour parler autrement, en ce que le son de la voix ou d'un instrument se traduit par une couleur caractéristique et constante pour la personne possédant cette propriété chromatique.

Ainsi, certains individus peuvent donner une couleur verte, rouge, jaune, etc., à tout bruit, à tout son qui vient frapper leurs oreilles.

Ce phénomène a été signalé la première fois, en 1865, par Verga (1) qui rapporta les observations faites naguères par Chabalier sur un malade pour lequel la perception de la voyelle *a* s'accompagnait toujours de la sensation du *noir* et celle de l'*i*, de l'*o* et de l'*e* respectivement de l'impression des colorations *rouge*, *blanche* et *grise*.

A ce propos, le professeur Lussana (2) disait dans le même journal : « le temps viendra où, par l'analyse des associations mystérieuses qui règnent entre les phénomènes physiques et nerveux, nous y trouverons quelques lois et quelques rapports de façon que la physiologie en particulier pourra formuler les relations existant entre les couleurs et les sons. M. Lussana désignait ce phénomène sous le nom de *voix colorée*.

Dès 1864, cet auteur ayant eu la bonne fortune de rencontrer deux frères, les Tubarchi, de Parme, qui présentaient ce curieux phénomène, pria l'un d'eux, étudiant en médecine, de lui remettre l'observation de ses sensations. Ce document fut utilisé par M. Lussana pour son article de la Physiologie des couleurs (3). La voix parlée, dans ses notes les plus basses, celles que l'on peut comparer au mugissement du taureau, donnait à ces jeunes gens l'impression du jaune, tandis que la voix de transition de la basse aux tons plus élevés prenait une couleur cendrée. La voix des jeunes filles de 12 à 18 ans leur donnait l'impression du bleu d'azur, celle des femmes plus âgées tendait au violet, et celle des femmes à voix masculine donnait la sensation de l'indigo. Dans la voix chantée, les sons élevés s'accompagnaient d'une image rouge, et les sons bas prenaient une teinte noire. C'est ainsi que la voix de basse profonde leur paraissait noire, celle de baryton brun-foncé, celle de ténor marron-clair, celle de contralto brun-clair, celle de mezzo-soprano orangée, et celle de soprano rouge-vif. Cette observation donna à penser au professeur Lussana que l'organe de la notion des sons et celui de la perception des couleurs devaient résider dans deux circonvolutions cérébrales contiguës ; aussi ce physiologiste chercha-t-il à représenter cette disposition dans une figure, à la page 122 de son mémoire.

Jusque-là, ces faits n'avaient guère attiré l'attention des observateurs, lorsque Nüssbaumer publia, au commencement de janvier 1873, un article sur les *impressions subjectives colorées qui sont occasionnées par des impressions objectives de certains sons* (1). C'était sa propre observation et celle de son frère qui faisait le sujet de ce travail. S'amusant un jour, ils avaient suspendus par des fils un couteau et une fourchette ; chaque fois que ces objets se heurtaient, ils produisaient un son et en même temps une couleur que les deux frères Nüssbaumer se communiquaient. Depuis, le Dr Nussbaumer étudia d'une façon plus approfondie ces phénomènes étranges et il remarqua que chaque sensation acoustique déterminait une sensation visuelle, telle que chaque ton était accompagné d'une sensation colorée constante. Les sons se traduisaient tantôt par la couleur bleue, tantôt par la couleur brune ou jaune.

Un peu plus tard, un étudiant en médecine de Zurich racontait à quelques amis que la production des sons déterminait chez lui certaines sensations colorées. Bleuler et Lehmann firent à ce propos une étude critique assez complète de cette question. Ils eurent même l'avantage de pouvoir observer un cas où le phénomène inverse se produisait : la flamme d'un bec de gaz brûlant tranquillement donnait à leur sujet l'impression des lettres *v* et *w*. Lorsque la flamme ne vacillait pas, elle faisait percevoir la lettre *i*. Des 596 personnes qui furent examinées en Allemagne au point de vue de l'audition colorée, on en trouva 76, c'est-à-dire 12,5 0/0 qui se dirent pourvues de la faculté de colorer les sons. La grande majorité de ces personnes accusa que l'*a* était noir, l'*o* rouge et l'*i* blanc.

Dans le courant du mois d'octobre 1881, le *London medical Record* avait proposé d'appeler cette propriété chromatique du nom de « *colour hearing* », terme qu'il empruntait du reste à la *Lancet of Cincinnati* et au *Med. Neuigkeiten.*

En France, ces faits ne furent guère connus que vers 1882, époque à laquelle le Dr Pedrono publia le résultat de ses recherches sur un professeur de rhétorique qui avait l'audition colorée (2).

Toutefois, MM. Pouchet et Tourneux (3) avaient rapporté qu'on avait signalé chez certaines personnes des perceptions chromatiques dérivant d'impressions acoustiques, sans doute, par suite d'un trajet anormal des fibres nerveuses venant de l'oreille.

De plus, l'auteur de l'article *Rétine*, du *Dictionnaire des sciences médicales* (4), rapportait l'observation de Nüssbaumer en l'accompagnant de quelques remarques au point de vue de l'explication de ce phénomène.

(1) *Archiv. Ital. per le malattie nervose*. Milan, 1865, p. 23.
(2) *Ibid*, p. 215.
(3) Lussana. *Fisiologia dei Colori*. Padova 1873, p. 122 ; in Ve volume de la *Piccola bibliotheca medica*.

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, 1873.
(2) Pedrono. — *De l'audition colorée* ; in *Annales d'oculistique le Warlemont*, 1882, p. 225.
(3) Pouchet et Tourneux. — *Précis d'histologie humaine et d'histogénie*, 2e édit., 1878, p. 396.
(4) Rétine ; in *Dictionnaire de Sciences méd.* de Dechambre, p. 24.

Je fis alors l'exposé des faits précédents dans une revue critique où je cherchais à trouver la cause de ces faits curieux (1).

Peu après, le Dr Grazzi, de Florence (2) s'entretenait de ce sujet dans une lettre adressée au Dr Giusti et deux mois plus tard (3), il faisait connaître le résultat des recherches du Dr Franceschini, de Sinalunga, sur une de ses anciennes malades qu'il avait traitée pour une affection de l'oreille. Le Dr Bareggi commenta aussi ces faits dans la *Gazzetta degli Ospedali*, (1883, no 50). Le professeur Lussana publia alors un résumé de cette question en faisant ressortir l'importance de ses travaux précédents sur ce sujet (4).

Plusieurs observations furent alors publiées par Ughetti (5) qui avait trouvé un médecin voyant l'*a* noir, l'*é* jaune, l'*i* rouge, l'*o* blanc et l'*ou* café; par Antonio Berti qui signala le cas d'une personne percevant l'*é* gris et l'*ou* bleu-sombre; par Velardi, par Quaglino et par M. de Rochas (6). Ce dernier rapporte que sur 50 personnes qu'il a interrogées à ce point de vue, il n'en a trouvé que quatre ayant la perception des sons colorés, et encore deux d'entre elles ne voient-elles que l'*a* noir. Citons encore un travail de M. Giraudeau (7). Enfin le Dr Lauret, de Montpellier (8), a publié les observations qu'il a recueillies sur trois personnes d'une même famille et sur un jeune avocat de la même ville (9).

Tel est l'historique de ces faits que les uns regardent comme physiologiques, tandis que les autres les considèrent comme pathologiques. (*A suivre*).

PATHOLOGIE INFANTILE

Contribution à l'étude de la tuberculose infantile (*fin*) (10).

Hémorrhagies tuberculeuses d'origine intra-pulmonaire chez les enfants au-dessous de sept ans;

Par **P. MANTEL**, interne des hôpitaux.

Diagnostic et pronostic.—Le diagnostic de l'hémoptysie s'impose souvent trop tard et le malade a succombé le plus souvent à l'arrivée du médecin: ceci, bien entendu, pour les cas d'hémorrhagie unique, terminale, foudroyante. Dans les cas au contraire où l'on se trouvera en présence d'une hémoptysie peu abondante, mais apparente encore, il faudra se demander quelle est la nature de l'hémorrhagie.

Ce sera d'autant plus difficile que chez les enfants l'hémoptysie ou crachement de sang n'existe pour ainsi dire pas; chez eux il s'agit presque toujours d'un vomissement de sang, que ce sang vienne primitivement des voies digestives ou qu'il ne s'en échappe que secondairement. Par conséquent on ne pourra tirer aucune conclusion de l'aspect, de la qualité du sang rendu. De quelqu'endroit qu'il vienne, il est rejeté avec les caractères du sang vomi, plus noir, moins aéré, mélangé aux aliments. Aussi, en présence d'une hémorrhagie qui s'effectuera par la bouche et le nez, par acte de vomissement, faudra-t-il s'enquérir d'abord *de l'état des voies digestives*. Ce n'est qu'après s'être assuré de l'intégrité absolue de ces dernières, qu'il faudra chercher autre part. On examinera avec soin le nez, la bouche du petit malade; une plaie, même petite comme celle due à la section du *frein de la langue* chez les très jeunes enfants, comme celle résultant des *morsures de cet organe dans les crises de l'épilepsie, dans les accès de coqueluche* chez un enfant plus âgé, peuvent donner lieu à une hémorrhagie assez abondante, d'autant plus que l'enfant suce sa plaie et avale le sang qui s'accumule peu à peu dans l'estomac et peut être rejeté par vomissement.

Nous ne signalerons que pour mémoire *les plaies accidentelles* par tous *les objets* de forme et de nature variées que les enfants ont l'habitude de mordiller au moment de la dentition. L'examen terminé de ce côté, l'assurance acquise de l'intégrité des voies digestives supérieures, on recherchera les *affections du pharynx*, de l'*œsophage* et de l'*estomac* qui peuvent déterminer une hémorrhagie : elles sont exceptionnelles; néanmoins, il faudra avoir présent à l'esprit le cas du Dr Stawell (1) où l'on trouva à l'autopsie de petits ulcères profonds, ronds ou ovales sur la paroi postérieure de l'extrémité cardiaque de l'estomac, près de la petite courbure, et qui prouve la possibilité des lésions stomacales susceptibles de déterminer une hémorrhagie mortelle. On arrivera bien vite à se rendre compte que l'on n'a pas affaire à une hématémèse véritable ou, pour mieux dire, à une hémorrhagie des voies digestives.

Il faudra donc chercher ailleurs, pas avant, toutefois, d'avoir examiné, s'il s'agit d'un enfant au sein, les *mamelons de la mère ou de la nourrice*, qui peuvent être atteints de *gerçures*, saigner facilement et être la source des accidents hémorrhagiques qu'on observe chez l'enfant. Nous y reviendrons encore à propos du méléna.

Signalons encore des hémorrhagies de causes diverses, survenant dans le cours de la rage (2) et même du tétanos (3), etc. : la notion étiologique, les autres symptômes de ces maladies permettront d'écarter ce diagnostic. Les hémoptysies dues aux *fièvres éruptives hémorrhagiques*, outre qu'elles sont assez rares, seront facilement reconnues par la coïncidence de la maladie première : variole, rougeole, scarlatine (4) hémorrhagiques. Celles de *la coqueluche* se reconnaîtront facilement aussi, étant donné que cette affection est aisément diagnostiquée.

On a cité des hémoptysies dans la *pneumonie;* elles doivent s'observer bien rarement, et, dans ces cas, il sera bon de suspendre son diagnostic; la soi-disant pneumonie pouvant très bien n'être qu'une forme de tuberculose.

Ce qui précède nous permet d'éliminer les hémoptysies déterminées par une autre cause que la *tubercu-*

(1) J. Baratoux. *De l'audition colorée;* in *Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie*, 1883, mars.
(2) Grazzi. Lettre ouverte au Dr Giusti, sur *l'audition colorée. Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola et del naso*, 1883, mai.
(3) Grazzi. Encore sur l'*audition colorée. Ibid.* juillet.
(4) Lussana. *Sull'udizione colorata. Gazzetta medica dal. Provincie Venete*, XXVI, no 39.
(5) Ughetti. *La natura*. Milan, 1884.
(6) De Rochas. *L'audition colorée. La Nature*, 1885, 18 avril, 30 mai et 26 septembre.
(7) Giraudeau. *Encéphale*, 7 octobre 1885
(8) Lauret. *De l'audition colorée. Gaz. hebd. des sc. med. de Montpellier*, 14 novembre 1885.
(9) Il paraît qu'il y a aussi l'*Olfaction colorée*. Un Tyrolien affirme que les odeurs ont pour lui une couleur ?? (*Petit Monit. de la médecine*, oct. 1889) (Marc. B.).
(10) Voir *Progrès médical*, nos 18 et 19.

(1) STAWELL. — *British med. Journ.;* d'après le *London med. Record*, no 15, 1885.
(2) OLLIVIER.— *De la rage chez les enfants*; in *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, oct. 1887.
(3) BALDOUIN (Marcel).— *Un cas de tétanos chez l'enfant* ; in *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, nov. 1887.
(4) MEYER. — *De la scarlatine hémorrhagique*. Thèse de Paris, 1887.

lose. Restent maintenant les hémorrhagies dues à cette cause. Elles peuvent être, d'après leur origine : extra ou intra-pulmonaires, comme nous l'avons vu plus haut. Le diagnostic, dans le cas d'hémoptysie tuberculeuse extrapulmonaire n'offre guère d'intérêt; l'hémorrhagie résulte de *l'ulcération de l'artère pulmonaire ou des gros vaisseaux du médiastin*; elle est le plus souvent unique et mortelle. La certitude qu'on aura acquise de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques, les symptômes si bien décrits par Guéneau de Mussy et autres de *l'adénopathie trachéo-bronchique*, permettront au médecin de prévoir la possibilité de cette complication redoutable et d'en avertir l'entourage du malade.

Quant aux hémoptysies tuberculeuses d'origine intrapulmonaire, celles qui font le sujet de notre travail, elles demandent à être reconnues de bonne heure et le diagnostic doit se faire à toutes les périodes de la maladie.

Au début, nous l'avons vu, ces hémoptysies sont, le plus souvent, latentes ; il faut les dépister, et, pour cela, surveiller les selles de l'enfant. Le méléna peut mettre sur la trace et faire penser à une hémoptysie, alors que rien ne s'est traduit au dehors. Chez un enfant manifestement tuberculeux, qu'on soigne avec attention, il faut, de temps en temps, regarder les selles : si l'on constate du méléna, il faudra songer à l'hémoptysie latente dans l'espèce et peu abondante; la traiter vigoureusement par les moyens appropriés. On évitera ainsi à l'enfant un affaiblissement graduel que rien ne semble expliquer d'ordinaire et qui ne fait qu'aggraver la marche de la tuberculose et en précipiter le dénouement.

Les *hémoptysies du cours* et *de la fin*, apparentes celles-là, plus ou moins fréquentes et abondantes, se reconnaîtront par ce fait seul qu'on y pensera d'abord et qu'on aura éliminé les autres causes d'hémoptysies; mais qu'on ne se fie pas à l'aspect et à la qualité du sang pour arriver au diagnostic : il est dans l'hémoptysie de l'enfant ce qu'on le trouve chez l'adulte dans l'hématémèse, c'est-à-dire noir, peu aéré, mélangé au lait ou aux aliments et s'échappe par vomissement. Ce n'est que par exclusion qu'on pourra, dans l'espèce, déterminer l'origine de l'hémorrhagie.

Le *pronostic* est évidemment des plus sombres. Si l'enfant ne succombe pas immédiatement à son hémoptysie, ce qui arrive trop souvent, la tuberculose en reçoit un coup de fouet vigoureux qui précipite sa marche vers le dénouement fatal. Néanmoins, si comme nous pensons l'avoir démontré pour un certain nombre de cas au moins, la syphilis entre pour une grande part dans le processus hémorrhagique, si l'on a affaire à une tuberculose peu étendue, et s'il s'agit d'une de ces hémorrhagies latentes du début qu'on aura su dépister, on pourra peut-être, grâce à une intervention énergique, prévenir le retour de l'hémorrhagie et empêcher, par conséquent, l'affaiblissement progressif de l'enfant. On pourra alors entrevoir une toute petite lueur d'espérance dans cet horizon si sombre et si menaçant; espérance qui augmentera encore le jour où l'on aura trouvé le remède spécifique de la tuberculose.

Traitement —Un fait capital doit nous guider dans le traitement de l'hémoptysie tuberculeuse de l'enfant : c'est la possibilité du rôle pathogénique de la syphilis. Sans doute, si l'on n'est appelé à intervenir qu'au moment précis de l'accident hémorrhagique grave, les ressources thérapeutiques se réduisent à fort peu de chose. Dans ce cas, on ne peut guère recourir qu'à un traitement palliatif : ventouses sèches, boissons froides, glace intus et extra, limonade sulfurique, ergot de seigle, etc. Nous n'insisterons pas, parce que ce traitement est indiqué partout et qu'en somme il est impuissant ou ne procure qu'un répit souvent trop court pour qu'on puisse agir sur la maladie causale. Que s'il s'agit au contraire d'hémorrhagie moins considérable, des hémoptysies latentes surtout, qu'on aura dépistées, on pourra agir plus efficacement, parce que dans ce cas on aura plus de temps devant soi et qu'on pourra s'adresser à la fois à l'accident : hémorrhagie, et à la cause : tuberculose et syphilis.

Pour l'hémorrhagie elle-même, les agents thérapeutiques indiqués plus haut, inefficaces dans le cas d'hémoptysie grave, abondante, agiront d'autant mieux que cette hémoptysie sera moins abondante; ils suffiront, dans la majorité des cas, à arrêter l'accident. En écartant cette cause d'épuisement qui imprime à la tuberculose une marche en avant, on pourra espérer enrayer les progrès de cette affection et promettre pour l'enfant, sinon une guérison, au moins une survie assez longue.

En outre, on pourra intervenir contre la syphilis productrice de l'hémorrhagie et mettre l'enfant à l'abri de cette redoutable complication. Mais là ne doit point se borner notre action thérapeutique : ce n'est pas seulement à l'enfant hémoptoïque qu'il faut songer, c'est encore à l'enfant né syphilitique, susceptible de devenir tuberculeux et hémorrhagique.

Bien plus, c'est pendant la vie intra-utérine que se produisent les lésions vasculaires, dont l'aboutissant est, dans l'espèce, l'hémoptysie chez l'enfant; c'est donc à ce moment, et mieux encore avant la conception, qu'il faut administrer à la mère un traitement spécifique énergique.

Conclusions. — 1° La tuberculose, chez les enfants du premier âge, peut s'accompagner, comme celle de l'adulte, d'hémoptysies d'origine intra et extra-pulmonaire.

2° Les hémoptysies intra-pulmonaires nous paraissent proportionnellement plus rares chez l'enfant que chez l'adulte, tandis que les autres sont plus fréquentes.

3° La syphilis doit être incriminée comme cause pathogénique de l'hémoptysie dans un grand nombre de cas; la susceptibilité particulière du système veineux chez l'enfant doit entrer en ligne de compte, comme cause anatomique.

4° Le mécanisme nous paraît être le suivant : la syphilis et la tuberculose altèrent le liquide sanguin et le prédisposent aux coagulations fréquentes dans le système de l'artère pulmonaire de l'enfant; le rétrécissement du champ de l'hématose par les lésions tuberculeuses du poumon, la gêne de fonctionnement déterminé par les adhérences pleurales, la compression exercée par les ganglions volumineux sur les gros vaisseaux du médiastin, amènent rapidement de la thrombose de l'artère pulmonaire; il se fait derrière le point oblitéré des congestions passives; la syphilis exerce son action nocive sur les parois vasculaires qui se rompent sous l'influence de la pression sanguine et l'hémoptysie a lieu.

5° Les lésions trouvées à l'autopsies sont très nombreuses; elles ressemblent, à beaucoup d'égards, à celles qu'on rencontre chez l'adulte. Il en est deux qui sont particulièrement intéressantes, ce sont : l'impossibilité presque constante de retrouver la source de l'hémorrhagie et la présence constante dans l'estomac de sang en quantité variable, sous des états divers, liquide ou

pris en caillots, distendant le viscère et témoignant du mécanisme spécial de l'hémoptysie chez l'enfant.

6° Nous pensons qu'il peut y avoir des hémoptysies prémonitoires latentes, qu'il faut dépister et qui se traduisent par du méléna; les hémoptysies apparentes sont, le plus souvent, des hémoptysies terminales et mortelles.

7° Le pronostic, très sombre dans ce dernier cas, s'éclairera si l'on reconnaît les hémoptysies latentes, et si, surtout, l'on découvre la syphilis, qu'il faudra combattre non seulement chez l'enfant, mais encore chez la mère avant la conception et pendant la vie intra-utérine.

PATHOLOGIE INTERNE

CARDIOCENTÈSE

Ponction des cavités du cœur et en particulier des cavités droites (*suite*) (1);

Par I. BRUHL, interne des hôpitaux.

III. — *A quoi peut-on reconnaître cette dilatation du cœur?*

La dilatation du cœur, sans lésion organique, est, en somme, une affection rare et d'un diagnostic difficile. M. Roger (2), dans son mémoire inséré dans les *Bulletins de l'Académie de médecine* (1875), résume comme suit les signes de la dilatation du cœur : L'inspection révèle tout d'abord une voussure costo-sternale; si on observe de près la région précordiale, surtout si on a soin de la regarder obliquement, on remarque une ondulation de la paroi thoracique, analogue à la fluctuation d'un liquide. A la palpation, on constate l'absence d'impulsion cardiaque. La percussion dénote une augmentation quelquefois très considérable de la matité, cardiaque, surtout dans le sens transversal. C'est la forme de la surface mate qui peut contribuer au diagnostic de cette dilatation d'avec la péricardite avec épanchement. A l'auscultation, les bruits du cœur sont sourds, parfois légèrement soufflants. Le malade, presque toujours cyanosé, accuse une gêne cardiaque et respiratoire des plus pénibles. Il est évident que ce tableau ressemble beaucoup à celui de l'épanchement péricardique, et qu'il est très difficile de poser un diagnostic, quand on n'a pas assisté à l'évolution de la maladie. M. Rendu (3) dans un mémoire sur la *Péricardite*, insiste sur cette ressemblance; la voussure, l'augmentation de la matité dans le sens transversal, l'affaiblissement de la contractilité ventriculaire, la diminution du choc précordial, une dyspnée extrême, un pouls insensible, tels sont les caractères communs aux deux affections; il n'y a rien d'étonnant à ce que de grands cliniciens aient commis cette erreur de diagnostic. La dilatation s'accompagne le plus souvent d'œdèmes périphériques, de congestions viscérales, en un mot d'asystolie; mais ce n'est pas dans l'asystolie que la cardiocentèse est indiquée, c'est dans la dilatation essentielle.

Le pouls, souvent paradoxal dans la péricardite, correspond, au contraire, à l'impulsion ventriculaire dans la dilatation; enfin l'ondulation de la paroi thoracique fait défaut dans l'épanchement péricardique. La matité présentant la forme triangulaire à base inférieure, diaphragmatique, augmentant surtout le long du diaphragme quand l'épanchement augmente, diffère de la matité du cœur dilaté. Malgré ces caractères distinctifs, l'erreur a été souvent commise; nous avons résumé un certain nombre d'observations, où des piqûres et des ponctions du cœur ont été la conséquence de cette erreur.

Voici une observation, lue par le Dr G. Evans (1) à la *Société clinique de Londres* et rapportée dans ses Bulletins. (*Transactions of the clinical Society of London*, 1875.)

Dilatation du cœur avec lésion valvulaire. Ponction accidentelle du ventricule droit, suivie d'un amendement des symptômes.

Une femme, âgée de 27 ans, entre à l'hôpital de Middlesex, le 22 février 1875, pour un rhumatisme articulaire aigu, avec une lésion cardiaque, reliquat probable d'une attaque antérieure de rhumatisme. On constate uue augmentation de la matité précordiale, un souffle à la pointe et à la base. La dyspnée était considérable.

Le 26 février, la matité avait notablement augmenté; la voussure précordiale était manifeste; les bruits du cœur étaient sourds; une dyspnée excessive mettait en danger les jours de la malade. La ponction fut décidée. Le Dr Hulke enfonça un trocart fin à 3 centimètres de profondeur environ, dans le 4e espace intercostal à 2 centimètres du bord gauche du sternum. En retirant le trocart, il se fit par la canule un écoulement abondant de sang noir, et on perçut nettement des mouvements communiqués à l'instrument, synchrones aux battements du cœur. On retira presque instantanément la canule. Pendant l'opération, on ne constate aucune modification dans le pouls de la malade. Après l'intervention, elle accusa d'elle-même un soulagement notable.

La nuit qui suivit l'opération fut la meilleure que la malade eut passée depuis son entrée à l'hôpital. Les jours suivants, l'amélioration persiste, la matité précordiale diminue.

Au moment où fut pratiquée cette ponction, la malade présentait déjà les signes d'une pleuro-pneumonie droite; puis il se fit un épanchement pleural à gauche.

Après une amélioration qui dura une quinzaine de jours, la malade mourut d'anasarque, un mois après l'intervention. De l'avis de tous ceux qui avaient assisté à l'opération, le trocart avait pénétré dans le ventricule droit.

A l'*autopsie*, on trouva un cœur très hypertrophié, avec symphyse cardiaque; mais les adhérences paraissaient anciennes. On ne trouva aucune cicatrice de la piqûre sur la paroi ventriculaire, pas plus que sur la face endocardique du ventricule, malgré des recherches attentives.

Le Dr J.-W. Hunt (2) a publié une observation qui se rapproche de la précédente :

Un homme de 33 ans entre à l'hôpital le 30 janvier 1880, à la fin d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Il avait en outre une insuffisance aortique qui datait sans doute d'un rhumatisme antérieur.

A son entrée, il présente de la pleurésie, mais en outre un cœur dilaté, avec un souffle diastolique de la base; les premiers jours, on constata des frottements péricardiques, puis tous les signes d'un grand épanchement. L'impulsion cardiaque était à peine perçue; la pointe battait faiblement à 7 centimètres sous le mamelon. La ligne supérieure de la matité s'étendait de la fourchette sternale au mamelon gauche. Les bruits du cœur étaient sourds au-dessous d'une ligne passant par le milieu du sternum. Pas de distension des jugulaires. Pouls très irrégulier, faible, dépressible, variant entre 60 et 80 pulsations. On comptait de 50 à 60 respirations par minute : orthopnée.

C'est dans ces conditions qu'on pratiqua une ponction dans le 4e espace intercostal gauche, près du sternum; la pointe de l'aiguille fut dirigée un peu en haut et enfoncée à une profondeur de 4 centimètres. On ne retira pas de liquide, mais les

(1) Voir *Progrès médical*, n° 49.
(2) *Bulletins de l'Académie de Médecine* (1875, p. 1202).
(3) *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* (1882, p. 86).

(1) *British medical Journal*, (29 mai 1876, p. 726).
(2) *Lancet*, 21 mai 1881, p. 819.

mouvements du cœur furent communiqués à l'aiguille ; quand celle-ci fut retirée, on trouva son extrémité teintée de sang. Aucun symptôme inquiétant, ni pénible pour le malade, ne fut noté dans le cours de l'opération. On se proposait de refaire une ponction ; mais l'amélioration du malade fut rapide ; et la matité précordiale diminua. Cependant, il mourut subitement le 11 février.

A l'*autopsie*, on trouva un cœur énorme, avec adhérences généralisées du péricarde. Le cœur était très dilaté, renfermait environ 100 grammes de sang. Le ventricule gauche, en particulier, était distendu et hypertrophié, comme on devait s'y attendre, étant donnée l'insuffisance aortique que l'autopsie confirma. Le ventricule droit était moins distendu. On voyait les vestiges du passage de l'aiguille dans le ventricule droit et dans la cloison interventriculaire, très hypertrophiée. L'aiguille n'avait pénétré dans aucune cavité du cœur.

Corwin (1) rapporte également une observation de ponction du cœur.

Un homme de 40 ans entre à l'hôpital Bellevue le 2 novembre 1882 ; c'était un Turc qui, ne sachant pas l'anglais, ne put fournir aucune espèce de renseignements. Il était scoliotique. A son entrée, on constata de la cyanose et une dyspnée intense. Le pouls, très irrégulier, battait 120 pulsations. Œdème des membres inférieurs.

L'examen de la poitrine fit constater des râles sous-crépitants et des frottements pleuraux disséminés dans les deux côtés de la poitrine. Le cœur semblait fortement refoulé en haut ; la pointe battait à 3 centimètres au-dessus du mamelon gauche. La matité du cœur était augmentée ; mais ces données manquaient de précision à cause de la déviation du thorax et du déplacement des viscères. Les battements du cœur étaient à peu près distincts ; on ne constata pas de souffle. Comme traitement, le malade fut mis au régime lacté ; on lui prescrivit de l'alcool et de la digitale.

Le lendemain, la cyanose persistait et l'état général du malade empirait. Dans l'après-midi, on se décide à lui faire une ponction, dans un endroit où il y avait de la matité et où l'on entendait à peine les battements du cœur. Le lieu précis de la piqûre n'est pas indiqué dans l'observation. L'aiguille fut enfoncée et donna issue à 30 grammes de sang veineux ; aussitôt on la retira ; l'opérateur pensa qu'il avait pénétré dans le cœur. Après la piqûre, on ne note aucun changement dans l'état du malade ; on n'observa aucun symptôme ni physique, ni fonctionnel, qu'on pût mettre sur le compte de la ponction. On amena ensuite une sudation abondante et on prescrivit au malade de l'esprit de Mindererus. Malgré ce traitement, la cyanose persistait toujours. Le lendemain, affaiblissement graduel, mort à 8 heures du soir.

A l'*autopsie*, on trouve un cœur énorme ; hypertrophie énorme des parois du ventricule droit, dont la cavité était très distendue. A 3 centimètres au dessus de la pointe du ventricule droit, on trouva une petite ecchymose, vestige de la pénétration de l'aiguille. Pas d'inflammation autour de la piqûre, ni de myocardite, l'ecchymose était superficielle, sous-péricardique. Les valvules étaient normales. Le péricarde contenait une sérosité rougeâtre, de même que le péritoine et les deux plèvres : on ne trouve pas de caillots dans le péricarde ; il n'y eut d'ailleurs aucune différence appréciable entre la sérosité du péricarde et celle des autres séreuses. Nous n'insistons pas sur les autres lésions viscérales.

Dans ce cas, l'hypertrophie et la dilatation du cœur droit semblaient dues à l'obstruction de la circulation pulmonaire, causée d'une part par la congestion et l'œdème, d'autre part par la position que les poumons étaient réduits à occuper à cause de la déviation vertébrale. En somme, dans cette observation, la ponction n'a été suivie d'aucun symptôme fâcheux et n'a pas donné lieu à l'hémopéricarde.

Dana (2), rapporte deux observations d'*aspiration cardiaque* où le résultat fut nul. Malheureusement ces observations sont fort incomplètes.

(1) *Medical Record de New-York*, 10 mars 1883, p. 263.
(2) *Medical Record de New-York*, 3 février 1883, p. 140.

Une malade de 25 ans, atteinte de néphrite, fut prise de syncope dans son lit ; la respiration se suspendit ; l'action du cœur ne tarda pas à devenir insensible ; après avoir tenté les moyens usuels pour ranimer la malade, on proposa la ponction du cœur droit. Une aiguille capillaire fut enfoncée dans le 4e espace intercostal gauche près du bord gauche du sternum ; on retira environ 20 grammes de sang. Le résultat de l'opération, et de l'autopsie a été égaré et ne se trouve pas consigné dans l'observation.

Un alcoolique âgé de 38 ans, entre à l'hôpital, pour une pneumonie franche aiguë du lobe inférieur du poumon gauche. Le 11e jour, l'hépatisation persistait toujours ; la température restait élevée ; l'état général laissait à désirer. Le malade présenta une tendance manifeste à l'œdème pulmonaire. On prescrivit de l'alcool, de l'acétate d'ammoniaque, et de la digitale. Dans l'après-midi, le malade fut pris de convulsions, la respiration s'arrêta. On fit des injections d'éther, on pratiqua la respiration artificielle : on tenta des inhalations de nitrite d'amyle : ce fut en vain. C'est alors que sur la proposition de M. Janeway, médecin de l'hôpital, on fit une ponction du ventricule droit, et on retira 30 grammes de sang. L'effet de la ponction fut nul. Le malade mourut, et à son autopsie, on trouva le trajet suivi par l'aiguille ; le ventricule droit était vide.

Voici encore une observation récente parue dans le *Medical Record de New-York*, et due au Dr Moorman (1).

Un nègre âgé de 32 ans, avait eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire ; de ses attaques antérieures il lui est resté une lésion mitrale avec une légère hypertrophie du cœur. Il est amené à l'hôpital pour une nouvelle poussée de rhumatisme. Vers le cinquième septénaire de sa maladie, il fut pris subitement dans la région du cœur d'une douleur vive et d'une dyspnée intense, s'accompagnant d'une hyperesthésie de la région précordiale au point de rendre impossibles la percussion et même l'auscultation. Cette douleur fut mise sur le compte de la péricardite, et comme la dyspnée allait en augmentant ; on en conclut qu'il se faisait de l'épanchement dans le péricarde.

Cinq jours après on crut constater une augmentation de la matité précordiale. Le septième jour à partir du début des accidents, on se décida à pratiquer une ponction aspiratrice du péricarde. On introduisit l'aiguille moyenne de l'appareil dans le cinquième espace intercostal gauche à égale distance du bord gauche du sternum et du mamelon. L'aiguille fut dirigée légèrement en haut et introduite à 7 ou 8 centim. de profondeur ; à l'ouverture du robinet, du sang veineux s'écoula par le tube, et l'aiguille transmit manifestement à la main de l'opérateur les mouvements du cœur. On retira aussitôt l'aiguille. On avait recueilli ainsi environ 10 grammes de sang. Le malade n'avait éprouvé aucune sensation désagréable pendant toute la durée de l'opération, à la suite de laquelle on ne constata d'ailleurs aucun signe nouveau d'auscultation. La dyspnée allait en diminuant les jours suivants. Le malade guérit de son rhumatisme et de cet accès de dyspnée, conservant bien entendu son ancienne lésion mitrale.

Leuf (2) rapporte également un fait personnel ; par cette méthode, il procura une survie de quelques heures à un malade absolument *in extremis*. Cette survie s'accompagna d'une parfaite lucidité d'esprit du malade, qui put ainsi faire part à son entourage de ses dernières volontés. L'auteur insiste sur l'importance que pourrait avoir cette survie à différents points de vue.

Nous venons de passer en revue une série d'observations ; mais aucune d'elles ne répond exactement aux indications de la cardiocentèse. Et, en effet, il est probable que la clinique fournit rarement cette sorte de tableau idéal, schématique, dont le véritable traitement serait la cardiocentèse.

(1) *Medical Record de New-York* (19 décembre 1885, p. 700).
(2) *Medical Record de New-York* (19 décembre 1885, p. 682).

Un cœur droit surdistendu, sans affection valvulvaire ni orificielle, des veines périphériques vides, une systole faible, telles sont les conditions qui doivent se trouver réunies pour qu'une cardiocentèse soit non pas un traitement palliatif mais curatif, d'après Leuf qui insiste pour que l'opération soit tentée de bonne heure. Or, dans le mémoire de Leuf que nous avons résumé plus haut, il est montré par le résultat des autopsies que ces conditions peuvent se trouver réalisées.

Nous avons récemment vu, à la Charité dans le service de M. le Dr Luys, un malade qui présentait à peu près le tableau clinique que nous avons tracé plus haut. Peut-être eut-il retiré un réel bénéfice de la cardiocentèse, qui n'a pu être pratiquée, le malade ayant succombé trop rapidement; voici cette observation :

Obs. (personnelle).—R... (Jos...), 33 ans, est d'admis d'urgence à 8 heures du matin, dans le service du Dr Luys, à l'hôpital de la Charité, pour un accès de dyspnée formidable, qui aurait débuté subitement dans la nuit. Il y a six mois, il était entré dans le service de M. le Dr Féréol, pour des accidents analogues; des saignées répétées eurent raison de cet accès, qui avait inspiré de vives inquiétudes à M. Féréol. A ce moment, on avait constaté que la matité cardiaque était très augmentée, que les bruits du cœur étaient sourds; la pointe battait en dedans de la ligne mamelonnaire; il est probable qu'alors le malade avait une dilatation cardiaque considérable.

Les renseignements que nous possédons sur ce malade, nous les devons à l'obligeance de notre excellent collègue et ami Lyon, interne du service de M. Luys.

Voici ce qu'il a pu observer. Le malade, d'une constitution robuste, d'une forte musculature, ne présente nullement l'aspect d'un tuberculeux. L'état dans lequel il entre rend impossible tout interrogatoire. On constate un état de cyanose du visage, porté à un degré extrême : la couleur du visage est *noire* plutôt que bleue. Le malade est assis dans son lit; les deux bras sont portés en avant, dans l'attitude bien connue d'un individu mettant en jeu toutes ses forces inspiratrices. Il y a plus qu'orthopnée, il y a véritable apnée.

L'auscultation révèle l'absence de murmure respiratoire, en même temps que l'absence de tout bruit morbide. L'auscultation et la percussion du cœur étaient impossibles. Le pouls paraissait régulier. Comme traitement, on pratiqua une saignée du pli du coude et on fit une injection de morphine. La saignée fut faite par M. Lyon. Elle donna d'emblée un jet de sang, preuve que la saignée avait été bien exécutée. Le sang était noir comme du sang asphyxique et se coagulait instantanément dans la palette. Mais on ne put recueillir que 80 grammes de sang. Pourtant le parallélisme des incisions cutanée et veineuse n'avait pas été détruit; par l'orifice cutané, on pénétra aisément dans la veine avec la pointe de la lancette. Aucun caillot n'obturait la plaie veineuse. Donc, après une saignée d'à peine 80 grammes, l'écoulement sanguin s'arrêtait spontanément. Comme on devait s'y attendre, cette saignée fut insuffisante; la cyanose persiste, le malade est littéralement *noir ;* la dyspnée ne cède pas, et le malade meurt le jour même de son entrée, à 4 heures. La maladie avait donc évolué en 16 heures environ.

L'*autopsie* fut pratiquée 40 heures après la mort. Elle permit de constater la puissante musculature du sujet. On trouva les deux poumons extrêmement congestionnés, ne présentant cependant pas la teinte uniformément noire que Leuf a observée en pareil cas. On constata en outre, un peu d'emphysème pulmonaire avec sa localisation habituelle. Enfin, dans le lobe inférieur du poumon droit, nous avons trouvé un infarctus insignifiant, sous pleural, présentant une base d'à peine 1 centimètre carré et occupant vraisemblablement un seul lobule.

Le cœur était très volumineux et le ventricule droit débordait très notablement le bord droit du sternum ; sa face antérieure représentait bien les quatre cinquièmes de la face antérieure du cœur. Le myocarde paraissait sain et présentait son épaisseur ordinaire; on ne trouva aucune lésion orificielle ni valvulaire. Le ventricule gauche était vide de sang. Le ventricule droit, au contraire, présentait une dilatation énorme ; l'orifice auriculo-ventriculaire droit était élargi; il permettait l'introduction de quatre doigts; l'oreillette correspondante était également dilatée ; mais nous n'avons pas observé cette sorte de cavité unique, que formerait le cœur droit et que Leuf a décrit dans son travail : les cavités droites étaient remplies de sang et renfermaient aussi quelques caillots fibrineux.

Cette observation, quoique écourtée, nous a paru très intéressante, et nous tenons à exprimer à M. Luys tous nos remerciements pour l'autorisation qu'il a bien voulu nous donner de pratiquer cette autopsie et de publier ce cas. — En effet, ce fait nous parait rentrer dans cette forme de congestion pulmonaire décrite par Leuf et qui, le plus souvent, enlève le malade en moins de vingt-quatre heures. L'état du malade n'a pas permis de l'examiner à fond ; on a d'emblée pratiqué une saignée, et, avec raison ; mais cette saignée, qui paraissait indiquée, n'a pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre. En effet, la quantité de sang recueillie était minime et malgré toutes les précautions, on ne pouvait en recueillir davantage. Force est donc d'admettre que dans ce cas le système veineux périphérique était à peu près vide, ou que le sang veineux stagnait vers les extrémités. En somme, la circulation en retour était entravée et ne se faisait plus. Tout le sang, comme l'a montré Leuf, était accumulé dans le cœur droit et les vaisseaux qui y aboutissent ou qui en partent.

Etant donné ces circonstances, il n'y a rien d'étonnant à ce que la saignée ait été insuffisante, et, même si on avait retiré plus de sang, on aurait agi peu sur le cœur droit et la petite circulation ; or, pour soulager un malade dans ces conditions, ce qui est indiqué, c'est la saignée de la petite circulation.

En somme, nous nous sommes trouvés en présence de cette sorte de syndrôme clinique, dont le traitement théorique et rationnel serait la cardiocentèse. Quel résultat aurait-elle donné en pareil cas? C'est ce qu'il est impossible de prévoir. Cependant, il est peu probable qu'elle eût hâté le dénouement fatal.

Dans la plupart des observations que nous avons reproduites, il est aisé de constater qu'on ne s'est jamais trouvé exactement dans les conditions voulues ; c'est ce qui explique en partie l'insuccès de la méthode. Même dans le cas de Westbrook, qui se rapprochait par nombre de points de ce tableau idéal, il y avait en plus une hépatisation grise du sommet du poumon droit. Mais on voit que dans aucun cas le dénouement fatal n'a été hâté par cette intervention, et nulle part on ne trouve signalé de complication sérieuse. (*A suivre*).

Association française pour l'avancement des sciences. — La date du prochain Congrès qui aura lieu à Oran est fixée au 28 mars 1888.

Crémation. — Un décret de l'Empereur du Brésil vient d'ordonner la crémation des corps des individus morts de *fièvre jaune*. Toutes les dépenses seront payées par l'Etat. La 34e crémation à Saint-Jone's Woking a eu lieu le 8 novembre. La durée de l'opération a été de 1 heure 1/4. On a retiré 4 livres 1/4 de cendres. Le corps était celui d'une femme de 35 ans. Il est à remarquer, dit le *British Medical Journal*, qu'il y a deux fois plus de demandes de crémation venant de la part des femmes que de la part des hommes.

Service de santé militaire. — A l'avenir, tous les médecins-majors de première classe, principaux de deuxième ou de première classe, qui poseraient leur candidature pour l'emploi, nouvellement créé, de professeur de législation, d'administration et de service de santé militaires, devront faire parvenir, par la voie hiérarchique, à M. le Ministre de la guerre, avant le 10 décembre, leur demande accompagnée, en double expédition, de l'énumération et de la justification de leurs titres.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La glande pinéale et le troisième œil des Vertébrés.

Depuis quelques mois en France, depuis plus d'un an déjà à l'étranger, il n'est question que de la *glande pinéale* et de ses *rapports avec le troisième œil des Vertébrés*. Cependant, à l'heure qu'il est, à Paris même, bien des médecins ne savent trop ce que veut dire un tel rapprochement qu'ils trouvent certainement, à première vue, bizarre. « Il y a donc des Vertébrés qui possèdent trois yeux? Voilà, certes, du nouveau! » Nous nous rappelons encore l'effroi que causa cette nouvelle découverte quand nous eûmes, il y a un an bientôt, l'occasion d'en montrer l'originalité et l'intérêt à quelques-uns de nos amis. C'était vouloir tout brouiller à plaisir, pousser un peu trop loin l'amour de l'anatomie comparée... et des hautes spéculations. Ce rapprochement est pourtant considéré aujourd'hui comme l'expression de la plus exacte vérité; on en jugera.

Si jusqu'à ces derniers temps les journaux de médecine français sont restés muets sur cette question, si à la Faculté de Médecine on a peu entendu parler, même entre anatomistes, de ce petit événement scientifique, il faut, pour être exact, mentionner l'intervention de la Faculté des Sciences en ce qui concerne la vulgarisation des données récemment acquises sur la glande pinéale. Dès novembre 1886, M. le Pr de Lacaze-Duthiers, dans son cours d'anatomie comparée, insistait déjà sur l'importance de certains travaux d'origine anglaise et allemande concernant cette partie de l'encéphale. De plus, M. Y. Delage, l'été dernier, dans ses leçons sur la morphologie des Vertébrés, a développé cette question, mais principalement au point de vue paléontologique.

En France, les journaux de science pure ont été les premiers à publier de courtes revues sur ce sujet (1). Ce n'est que tout récemment que deux journaux médicaux (2) ont analysé brièvement les mémoires qui se rapportent à cette question; encore, remarquons-le, ce sont des journaux de province. Le premier article, celui de M. Granel, est antérieur à la publication de la thèse de doctorat en médecine de M. Peytoureau (3), licencié ès sciences naturelles et préparateur à la Faculté des sciences de Bordeaux. Celui de M. Masse, au contraire, est un résumé plus complet de cette dissertation inaugurale dont l'intérêt et la valeur scientifiques n'échapperont à personne. M. Peytoureau, en effet, bien préparé par des études antérieures à des travaux de ce genre, non seulement a réuni dans sa thèse les données connues concernant la morphologie de la glande pinéale, mais s'est livré lui-même à toute une série de recherches longues et difficiles. Elles ont eu pour but, en premier lieu, le contrôle des observations faites par les naturalistes qui l'avaient précédé dans cette voie et qui ont publié leurs travaux dans des journaux étrangers; puis M. Peytoureau s'est attaché à élucider, par des observations personnelles sur certains types d'animaux, la constitution de la glande pinéale. Il s'est adressé aux genres qui lui paraissaient plus propres à fournir des documents d'une valeur sérieuse. Si ses observations n'ont pas porté sur beaucoup d'espèces différentes, il n'en est pas moins vrai qu'il a dû examiner un grand nombre d'individus de la même espèce, et cela à des âges différents.

On ne peut évidemment pas lui reprocher d'avoir limité ses investigations à quelques genres seulement, mais nous devons signaler une lacune regrettable dans cette intéressante monographie. Avec M. Masse, nous ne comprenons pas pourquoi l'auteur a jugé inutile de relater avec détails la technique qu'il a employée. Il eut été bon de décrire minutieusement les procédés mis en usage; c'est d'ailleurs une habitude quand il s'agit de travaux de ce genre. Il sera bien difficile à ceux qui un jour reprendront ces études de se rendre compte de la façon dont a travaillé M. Peytoureau. Nous souhaitons vivement qu'il fasse bientôt connaître la technique du laboratoire où ces recherches ont été faites (1).

Les publications concernant la glande pinéale ont été bien résumées par M. Peytoureau; aussi nous croyons superflu de nous y attarder. Signalons cependant qu'il a jugé inutile de mentionner dans l'historique de son travail une thèse soutenue en 1873 à la Faculté de médecine de Paris, celle de M. Legros, intitulée: *Etude sur la glande pinéale et ses états pathologiques*. Il a eu certes raison de ne pas s'attarder à résumer le peu de documents nouveaux qui s'y trouvent, au point de vue anatomique du moins; mais, pour être complet et juste, il eut été bon de la citer. D'ailleurs il y aurait trouvé l'indication de quelques travaux qu'il ne rappelle pas et qui, cependant, ont une certaine importance (recherches d'Andral, de Luys, d'Hollard, etc.). Nous ne dirons rien des mémoires antérieurs à 1886; ceux qu'ils intéressent n'ont qu'à se reporter à la thèse de M. Peytoureau. Il est, par contre, indispensable de connaître les savants travaux qui, depuis un an, sont venus éclairer d'un jour tout nouveau la question de la signification morphologique de la glande pinéale.

H. von Graaf (2) écrivit en 1886 un très curieux mé-

(1) H. de Varigny. — *Le troisième œil des Reptiles*; in *Revue scientifique*, page 806, 26 décembre 1886.

Bernard. — *Le troisième œil des Reptiles*; in *Nature*, 25 mai 1887.

(2) Granel. — *La glande pinéale*, anatomie et fonctions; in *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 30 juillet 1887.

Masse. — *La glande pinéale et le troisième œil des Vertébrés*; in *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 4 septembre 1887.

(3) Peytoureau. — *La glande pinéale et le troisième œil des Vertébrés*. Thèse de Bordeaux, 1887. Voyez aussi l'analyse de la thèse de M. Peytoureau, in *Revue scientifique*, n° 20, 12 nov. 1887, p. 635.

(1) Si personnellement nous nous permettons d'insister sur ce point, c'est que nous avons un peu goûté à la question. Il est vrai que les quelques essais expérimentaux auxquels nous nous sommes livrés à ce propos ne nous ont rien donné; mais ils ont au moins servi à nous convaincre de la difficulté du sujet. M. Masse (*loc. cit.*) dit: « C'est à la physiologie expérimentale à répondre à la question (valeur physiologique du troisième œil des Lézards); c'est elle seule qui pourra jeter un nouveau jour sur ce point». Nos expériences sur la destruction isolée d'un des trois yeux des lézards, qui datent du mois d'août dernier, nous ont montré que la physiologie n'est pas prête à donner la solution du problème. On ne s'en étonnera pas quand on connaîtra l'anatomie de cet œil pinéal.

(2) De Graaf. — *Zur Anat. und Entwickelungsgeschischte der Epiphyse bei Amphibien und Reptilien*; in *Zool. Anz.*, n° 219, 29 mars 1886. — *Bijdrage tot de Kennis von den Bowstoffen en de Ontvich Keling der Epiphyse bij Amphibien en Reptilien*, Leyden, 1886.

moire sur ce sujet ; il fut bientôt vulgarisé dans une revue par Korschelt (1). W. B. Spencer (2), travaillant de son côté, arriva à des résultats analogues pour des animaux différents. Tout récemment Wiedersheim (3) a repris la question et Julin (4) vient de publier une importante revue critique, accompagnée de vues morphologiques du plus vif intérêt qui en font une œuvre vraiment originale. Disons aussi que M. Béard (5) a fait connaître, il y a quelques mois à peine, ses recherches sur l'œil pariétal des poissons; de Graaf, Spencer et Wiedersheim ne s'étaient adressés qu'aux Batraciens et aux Reptiles. Dès le 27 juin dernier, M. Dollo (6), l'aide naturaliste bien connu du Muséum de Bruxelles, avait exposé, devant la *Société d'Anthropologie* de cette ville, ses vues sur l'œil pinéal des poissons placodermiques du vieux grès rouge.

Il serait très instructif d'étudier successivement et avec quelques détails, comme l'a fait M. Peytoureau, l'épiphyse, considérée aujourd'hui comme un troisième œil, chez les différents types des *Chordata* : Protovertébrés ou Chordés inférieurs (Tuniciers, Acraniens) et Vertébrés ou Chordés supérieurs; il serait intéressant de comparer cette épiphyse avec les yeux des *Invertébrés*, pour en comprendre la signification exacte dans la série animale (1). Malheureusement, nous devons nous borner et n'en dire que quelques mots. Nous ne voulons pas, en effet, oublier que nous nous adressons uniquement à des médecins. S'il est vrai qu'ils sont familiers avec l'anatomie de la grenouille, — on comprend facilement pourquoi, — sinon avec celle du lézard (ce qui vaudrait mieux dans l'espèce, on le verra plus tard), il est certain qu'ils ne peuvent être, en raison même de leur profession, que peu au courant de la morphologie des Invertébrés et des Protovertébrés. Qu'il nous pardonnent donc cette courte incursion dans le domaine de la zoologie et de la paléontologie. Notre seule excuse sera l'intérêt de la question au point de vue de l'anatomie générale et son importance en ce qui concerne les théories biologiques modernes.

Voyons d'abord ce qui a trait aux *Protovertébrés*. Parmi les Tuniciers, la *larve de l'Ascidie* présente un *œil impair*, situé sur la face dorsale de la portion céphalique de l'animal; mais cet œil disparaît chez l'adulte. D'une existence transitoire, *uniquement larvaire*, il est placé immédiatement sous l'épiderme et est constitué par une rétine, un cristallin formé de plusieurs couches hyalines et une couche pigmentaire. Il provient tout entier de la vésicule cérébrale. Remarquons qu'ici, comme on le retrouvera dans les descriptions suivantes, le cristallin fait partie intégrante du bourgeon primitif, c'est-à-dire a la même origine que la rétine. C'est là une constatation embryologique d'une importance capitale. Tout fait supposer que cet œil transitoire est le vestige d'un œil plus complexe, ayant existé autrefois chez certaines Ascidies adultes. En effet, chez les *Pyrosomes*, autre famille de Tuniciers, on trouve cet œil bien développé à l'âge adulte. Il possède une rétine, un cristallin, un nerf optique, une couche pigmentaire. Il est situé sous l'épiderme, doublé en ce point d'une mince couche conjonctive. Il n'y a point d'yeux latéraux et cet œil unique fonctionne assurément comme un œil vrai. Chez les *Salpes*, Tuniciers d'organisation plus complexe encore, outre un œil impair absolument analogue à celui des Pyrosomes, il existe deux yeux latéraux, de structure semblable.

Si nous passons aux Acraniens et à l'*Amphioxus* qui en est l'unique représentant, nous trouvons, il est vrai, une tache pigmentaire placée au-dessus de la dilatation céphalique du système nerveux (œil impair frontal) ; mais on ne sait encore si réellement cette tache est l'homologue de l'œil impair des Tuniciers. Beaucoup d'auteurs se refusent à l'admettre et nient même l'existence d'un œil chez cet animal.

C'est Spencer qui le premier a pris l'œil des Tuniciers pour la première ébauche de l'œil pariétal ou impair que nous verrons si développé chez certains Reptiles, c'est-à-dire pour l'état jeune d'une glande pinéale. Nous devons dire de suite qu'actuellement, avec Wiedersheim, Carrière, Dohrn, Béard, on n'accepte plus cette opinion. Considérant les Protovertébrés comme des Vertébrés dégradés et non point comme les ancêtres des Chordés supérieurs, ces auteurs ne voient dans l'œil impair des Tuniciers qu'un organe dégénéré. Dans un prochain numéro nous décrirons aussi brièvement que possible le troisième œil des *Vertébrés* proprement dits.

MARCEL BAUDOUIN.

(1) KORSCKELT. — *Ueber die Entdeckung eines dritten Auges bei Wirbelthieren* ; in *Kosmos*, III Helft, 1886.

(2) SPENCER. — *The parietal eye of Hatteria* ; in *Nature*, n° 863, 13 mai 1886. — *On the presence and structure of the pineal eye in Lacertilia* ; in *Quaterly Journ. of microscopiq. Sc.* ; London, p. 165, 1886.

(3) WIEDERSHEIM. — *Ueber das Parietalauge der Saurien*, in *Anat. Anz.*, n° 6, p. 148, 1re année, 1887.

(4) JULIN. — *De la signification morphologique de l'Epiphyse des Vertébrés* ; in *Bull. scient. du Nord*, 10e année, p. 54, 1887.

(5) BÉARD. — Cité in *Revue scientifique*, n° 12, 19 septembre 1887.

(6) DOLLO. — *L'œil pinéal et les Poissons placodermes du vieux grès rouge* ; communication à la *Soc. d'Anthrop. de Bruxelles*, analysée in *Revue clinique d'oculistique de Bordeaux*, n° 9, septembre 1887.

(7) Par exemple, avec les yeux des Mollusques Céphalopodes, avec l'œil anal de certains Gastéropodes (De Lacaze-Duthiers et Pruvost), avec les yeux des Crustacés (yeux de leurs larves : nauplius, protozoé), des Insectes, etc., etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL étudient *l'importance, surtout pour les phtisiques, d'un air non vicié par des exhalaisons pulmonaires.* Depuis longtemps, M. Brown-Séquard a cherché à s'opposer au retour, dans l'appareil aérien, des gaz et des exhalaisons rendus dans l'expiration : il a même indiqué, pour les phtisiques, la composition d'un air artificiel plus utile que l'air atmosphérique (mélange d'oxygène et d'acide carbonique). L'influence néfaste de l'air confiné relativement à la mortalité par les tubercules pulmonaires est facile à établir pour les casernes, les prisons, les ateliers, etc. L'expérimentation sur les animaux en fournit de nouvelles preuves : l'introduction sous la peau des cobayes d'une certaine quantité de matière tuberculeuse ne produit pas de tuberculose si les animaux sont placés dans de bonnes conditions hygiéniques, à l'égard de la litière, de la nourriture, et surtout de l'aération. Si ces conditions sont défectueuses, les cobayes deviennent au contraire rapidement tuberculeux après l'inoculation. M. Brown-Séquard, pour montrer

l'importance de l'aération, cite les cas de deux malades qui, présentant des cavernes pulmonaires, ont été guéris à la suite du séjour constant, nuit et jour, à l'air libre. — Afin de répondre au double besoin de l'expulsion totale de l'air expiré et de l'entrée d'air pur dans une chambre à coucher, M. d'Arsonval a imaginé un appareil en forme de hotte, communiquant par un tuyau avec une cheminée d'appel. La hotte étant placée au-dessus de la tête du malade, les gaz expirés sont immédiatement entraînés et rejetés au dehors de la chambre.

M. Bertinet adresse une *note sur le vol des oiseaux* : il étudie les conditions du grand vol et du petit vol chez les pigeons.

M. M. Laffont résume ses *recherches sur les excitations électriques du myocarde chez le chien anesthésié.* L'excitation faible provoque une accélération des battements du cœur avec diminution d'amplitude des systoles. L'excitation moyenne amène l'arrêt du cœur avec diminution de la pression artérielle : elle semble donc identique à l'excitation du pneumogastrique; il y a toutefois, entre les deux, cette différence qu'à la suite de la première, les battements reparaissent avec des systoles plus rapides mais moins énergiques qu'auparavant, tandis qu'à la suite de la seconde, la reprise des battements se fait par des systoles plus énergiques et plus lentes. L'excitation du myocarde est-elle forte, l'arrêt du cœur est définitif : en même temps se manifestent quelques mouvements respiratoires dus à une irritation bulbaire. Mais si, avant d'exciter le myocarde, on a inhibé le cœur en excitant le nerf vague, l'excitation forte, capable de tuer l'animal, ne produit qu'une simple systole et le cœur reprend bientôt son action. Ainsi, l'inhibition cardiaque, provoquée par les excitations du nerf vague, permet au cœur de résister à des excitations capables de le tuer en dehors de cet état d'inhibition. L'atropine n'a aucun effet protecteur sur l'excitation du myocarde : une excitation forte, chez un animal atropinisé, amène l'arrêt définitif du cœur. M. Laffont, à la suite de ces différentes expériences, montre que le cœur du chien, Mammifère supérieur, réagit aux excitations électriques comme celui des Vertébrés inférieurs.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 déc. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Mathias Duval a remarqué que, regardant dans un microscope, en laissant les deux yeux ouverts, il voyait mieux que lorsque l'œil inactif était fermé. De même, pour les lunettes de poche. C'est là un fait de dynamogénie analogue à ceux signalés par M, Féré. A savoir que l'activité d'un sens peut être accrue lorsqu'on excite son congénère du côté opposé.

M. Dupuy, parlant d'un chien dont le cerveau renfermait une cavité kystique et chez lequel l'excitation des centres dits psycho-moteurs ne produisait aucun résultat, dit que, dans tous les cas analogues, particulièrement dans celui rapporté par Carville et Duret, le mouvement ne se produit pas faute de transmission aux ganglions de la base du cerveau.

M. Brown-Séquard appuie la proposition de M. Dupuy, qui vient encore une fois à l'encontre des prétendus centres psycho-moteurs.

M. d'Arsonval présente un appareil destiné à purger la chambre des malades de tout l'air expiré.

M. Galippe. — L'appareil de M. d'Arsonval paraît être surtout utile aux phtisiques ; mais à quoi bon s'en embarrasser, lorsqu'il est si simple d'ouvrir les fenêtres. A ce propos, l'habitude de laisser les fenêtres ouvertes pendant la nuit n'est pas si défavorable qu'on le croit. J'ai connu deux phtisiques qui, très probablement, lui ont dû leur salut.

M. Strauss, à ce propos, fait, en substance, la communication qu'il a présentée à l'Académie des Sciences (5 décembre 1887) et de laquelle il résulte qu'il n'y a pas de microbes dans l'air expiré (sera analysée).

M. Brown-Séquard. — Ce ne sont pas seulement les microbes qui donnent la phtisie, mais l'air confiné la produit aussi sans leur intervention. La tuberculose est bien plus fréquente dans les villes que dans les campagnes. Pendant la guerre de sécession, nombre de phtisiques, qui furent obligés de coucher dehors, guérirent.

M. Charrin étant interne de M. Hérard a fait expirer des phtisiques sur des lames de verre enduites de glycérine et n'a jamais constaté la présence de microbes.

M. Raymond remet une nouvelle note de MM. Arthaud et Butte sur *l'albuminurie expérimentale par irritation du pneumogastrique.*

M. M. Duval remet une note de M. Prénant (de Nancy) sur *la spermatogenèse chez la Scolopendre.*

M. Vaillant fait une communication sur *l'Anthenarius mormoratus.* — M. Laffont sur *l'action physiologique de certains alcaloïdes.* — M. Lejard sur *l'influence des eaux chlorurées sur l'oxyhémoglobine.*

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 décembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Marty lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Méhu.

M. Robin fait une communication sur *l'antipyrine, son action sur la nutrition et ses indications générales.* L'antipyrine diminue la quantité de l'urine, les matériaux solides, l'urée, l'azote total, le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total, les chlorures, l'acide phosphorique, l'acide sulfurique des sulfates, l'acide sulfurique conjugué. Elle augmente l'acide urique, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote de l'urée, le phosphore incomplètement oxydé et ses divers rapports, le soufre incomplètement oxydé et la potasse. La diminution de l'excitabilité nerveuse marche de pair avec une augmentation du phosphore incomplètement oxydé et de ses rapports, augmentation qui peut être considérée comme la lésion clinique de la dépression nerveuse. Les médicaments modérateurs de l'excitabilité nerveuse ont pour conséquence de leur activité une modification de la nutrition qui se traduit par cette même variation du phosphore incomplètement oxydé. L'antipyrine qui peut, au même titre que plusieurs autres anesthésiques et analgésiques, produire cette modification nutritive et calmer en même temps la douleur, doit être considérée, avant tout, comme un modérateur de l'activité nerveuse. L'action exercée sur les échanges par l'antipyrine lui fait reconnaître trois propriétés principales : 1° elle agit directement sur le système nerveux dont elle modère l'excitabilité, non pas d'une manière purement dynamique, mais en modifiant sa nutrition élémentaire ; 2° elle diminue la désintégration et abaisse plus encore les oxydations organiques ; 3° l'antipyrine possède encore, comme propriété particulière, un pouvoir antiseptique assez marqué même à dose faible et qui semble se manifester aussi bien dans l'organisme que dans les expériences du laboratoire. Puisque l'antipyrine est un dépresseur de l'activité nerveuse, elle trouvera un emploi toutes les fois qu'il importera de modérer l'excitabilité nerveuse. Le rôle de l'antipyrine contre l'élévation de la température paraît fortement compromis. L'action antiseptique de l'antipyrine trouvera de nombreuses applications puisqu'elle se manifeste à doses faibles et partant peu nocives.

M. Verneuil pense que l'antipyrine peut rendre de grands services pour le traitement des fièvres septiques chirurgicales.

M. Ollivier fait une nouvelle communication sur *la non contagiosité de la pelade* et insiste sur la nécessité de réviser les règlements administratifs qui excluent des écoles les enfants atteints de cette affection. Delpech en 1879, et récemment M. Lailler, émettent l'opinion qu'il est plus prudent d'exclure des écoles les enfants atteints de la pelade. Cette exclusion ne semble pas légitimée par les faits. Presque tout le monde admet deux variétés de pelade, l'une qui serait contagieuse, l'autre qui ne le serait pas. M. Ol-

livier pense qu'il n'y a qu'une espèce de pelade et qu'elle n'est pas contagieuse. Depuis le 8 février, M. Olliiver a recueilli trente observations nouvelles de pelade, ce qui porte son total général à 131. Or jamais il n'a vu de contagion. Les auteurs qui se sont occupes de la pelade sont non contagionistes, ou contagionistes, ou incertains : on n'a trouvé ni champignon, ni microbe specifiques, on a réussi à produire des pelades à la suite de sections nerveuses. Les faits cliniques sont contradictoires, relativement à la contagion. Au point de vue des conséquences hygiéniques pour les écoles, M. Ollivier estime qu'on peut prendre des mesures thérapeutiques, prudentes, mais non exclusives.

M. Hardy est d'un avis opposé à l'opinion de M. Ollivier et se propose de traiter cette question dans une prochaine séance.

M. Cornil croit à la non contagiosité de la pelade, car on ne connaît ni champignon ni micro-organisme qui puisse être l'agent de cette affection.

M. Hardy ne partage pas cet avis; car, de ce qu'on ne connaît pas le micro-organisme de la pelade, il ne s'ensuit nullement qu'elle ne soit pas contagieuse. Nous ne connaissons pas le parasite de la rougeole ou de la scarlatine, et cependant ces maladies sont contagieuses.

M. Panas fait une communication sur *les manifestations oculaires de la lèpre*. Les 2/3 ou les 3/4 des malades ont les yeux pris à un degré quelconque. Dans la lèpre anesthésique la lagophtalmie paralytique et le xérosis de la cornée dominent à côté de cas plus graves d'iritis, de catarrhe inflammatoire et de phtisie du globe; dans la lèpre tuberculeuse, la cornée et la conjonctive se trouvent particulièrement intéressées. Le siège de production du tubercule lépreux et le limbe scléro-cornéen; l'iris participe souvent à l'altération de la cornée. Les topiques de tout genre sont impuissants; par contre, la tarsorraphie contre le lagophtalmos et le xésoris, la kératotomie faite à la limite du tubercule lépreux, ont rendu aux médecins norwégiens de journaliers services.

M. Cornil fait une communication sur le résultat anatomique d'une *salpingite chronique végétante et hémorrhagique*. La surface de la muqueuse hérissée de villosités est tapissée de cellules cylindriques à cils vibratiles. Les végétations s'anastomosent en arcades comme dans les salpingites chroniques. La paroi renferme des faisceaux de fibres musculaires, ce qui démontre que la poche n'est autre que la trompe dilatée.

M. Ch. Monod, au nom de M. Ruault et au sien, communique une observation de *cancer du larynx*. Il s'agissait d'un epithélium de la corde vocale inférieure droite, à l'occasion duquel les auteurs se proposèrent de pratiquer la thyrotomie et au besoin l'hémi-laryngectomie. La trachéotomie fut faite au préalable, mais le malade succomba à une pneumonie deux jours après. Comme il ne s'agissait que d'un épithélioma lobulé corné, très limité, les auteurs concluent que l'opération partielle aurait pu amener la guérison.

A. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Thiriar envoie une observation de *laparotomie pour un cas de calculs biliaires* qu'il rencontra au voisinage du duodénum, dans le mésocôlon transverse et sous la séreuse de ce côlon lui-même. Le péritoine était absolument sain. Les calculs ont cheminé sous la séreuse péritonéale. Un gros amas de calculs est resté en place; on n'a pas pu l'enlever à cause de sa situation. Guérison.

M. Pozzi, qui a assisté à l'opération, donne quelques explications complémentaires. Il insiste sur l'etat du péritoine, l'absence de fausses membranes Il n'y a pas eu d'inflammation. Il ne peut admettre l'explication fournie par M. Thiriar pour expliquer la situation de ces calculs biliaires au voisinage du duodénum dans le mésocôlon transverse et sous la séreuse du côlon. M. Thiriar, en effet, pense que ces calculs, venus de la vésicule biliaire sont tombés dans l'arrière cavité des épiploons. Pour lui, il y a eu déchirure des voies biliaires et les calculs ont fait irruption entre les feuillets péritonéaux au pourtour du duodénum; de là, ils ont émigré en avant vers le mésocôlon transverse, etc. Ils sont toujours restés sous séreux. Il insiste sur le fait clinique, à savoir : la guérison des coliques hépatiques par une laparotomie qui n'a guère été qu'exploratrice; on n'a enlevé que deux ou trois calculs.

M. Lefort présente un travail de M. Gripoullaud sur la *prothèse chirurgicale du bras*. Ce chirurgien a inventé des appareils très peu coûteux et très pratiques pour la population ouvrière.

M. Monod montre un malade qu'il a opéré d'un pied varus équin très prononcé.

M. Terrillon a opéré un pied-bot double en extirpant l'astragale et sectionnant le tendon d'Achille. Guérison au onzième jour. Le résultat, on peut le dire, a été presque immédiat.

M. Schwartz rappelle que M. Gross (de Nancy) a été un des premiers à indiquer qu'il fallait, dans certains cas, réséquer un peu du calcanéum.

M. Berger est convaincu aussi de l'utilité de cette résection du calcanéum dans certains cas. D'ailleurs on pourrait réséquer aussi du cuboïde.

M. Le Dentu a opéré une femme atteinte de pied-bot. Il a enlevé l'astragale et le cuboïde, ainsi qu'un angle du calcanéum et un peu du scaphoïde; malgré cela, il a eu de la difficulté à rapprocher les os et la plaie a suppuré.

M. Lucas-Championnière pense qu'il ne faut pas enlever trop de portions osseuses. Si de suite après l'intervention on n'a pas un très beau résultat, il ne faut pas désespérer et croire qu'on a trop ménagé le pied. A la longue, un pied-bot qui semble incomplètement opéré, se modifie sous l'influence de la marche. Bœckel a montré, il y a longtemps, qu'il ne fallait pas faire trop de délabrements.

M. Lefort recommande de s'abstenir chez les enfants jusqu'à 6 ou 7 ans de toute opération. On peut obtenir une amélioration considérable grâce à l'emploi des appareils. Chez l'adulte, l'amputation ostéoplastique du pied peut être proposée. La marche est facile quand le moignon est bon; il est vrai que le malade doit faire le sacrifice d'une partie de son pied.

M. Lefort. — *Suite de la discussion sur la cure radicale des hernies non étranglées.* — M. Polaillon a trouvé que j'étais très sévère à l'égard de la cure dite radicale des hernies. Oui, je suis sévère pour les cas simples au moins. On vient parler de cure radicale et l'on est forcé après de porter un bandage! Je ne suis pas un adversaire acharné de cette opération; je reconnais qu'on la fait mieux qu'autrefois, mais enfin c'est une opération grave, et d'ailleurs la récidive est toujours à redouter. Quand la hernie est volumineuse, l'anneau très large, le sac très volumineux, il me paraît dangereux d'opérer, car la hernie est directe et on arrive jusque dans le ventre par la dissection. Dans ces cas de grosses hernies, un suspensoir construit spécialement rend de grands services.

M. Tillaux veut dire ce qu'il pense de cette opération qu'il considère à juste titre comme une des meilleures conquêtes de la chirurgie moderne. La cure radicale, pour lui, ne guérit pas définitivement la hernie. Elle n'est pas absolument inoffensive. Quand est-elle indiquée? Dans les hernies incoercibles? Pas toujours, car pour lui il n'y a pas de hernies incoercibles. Il pense qu'on ne doit opérer que dans les cas de hernies irréductibles, avec symptômes douloureux et troubles gastriques. Il conclut en recommandant de ne pas trop généraliser cette opération.

M. Reclus croit aussi que c'est une bonne opération; mais, chez les jeunes enfants, le bandage est très bon et suffisant. Il n'opérerait pas avant l'âge de 20 ans. Il admettrait la cure radicale si elle était une opération absolument innocente et si elle était efficace. On sait que la récidive s'observe dans la moitié des cas (Czerny, Julliard). D'autre part, certaines hernies irréductibles pendant des années deviennent réductibles en quelques jours. On ne doit opérer que si le bandage est absolument insuffisant.

M. Trélat conseille vivement l'opération avant que les accidents ne s'aggravent.

M. Lucas-Championnière ne veut pas discuter sur le terme

même, cure radicale. L'opération qu'il défend a seulement pour but d'enlever la hernie, c'est-à-dire de faire disparaître une difformité. — On compare toujours le bandage ordinaire d'un hernieux avec celui que porte ce même hernieux opéré et guéri ; ces bandages ne sont pas comparables du tout. — Ceux qui redoutent de faire la cure radicale sont ceux qui ne sont pas sûrs de leur antisepsie. Il reconnait qu'on ne doit pas la tenter quand on n'est pas certain de son antisepsie ; c'est faire alors de la mauvaise chirurgie. Tout est là ; tout est dans les précautions antiseptiques à prendre. — Les statistiques mises en avant par M. Reclus ne prouvent rien ; les procédés de Czerny et Julliard sont jugés à l'heure qu'il est. Au contraire, il peut citer sa pratique personnelle qui est des plus encourageantes, puisqu'il n'a jamais eu d'accidents sur 60 opérations. Dans la statistique de Socin, les récidives apparaissent beaucoup plus tard que dans les précédentes ; ce fait intéressant prouve que M. Socin opère d'une façon plus soignée. Pour lui, il ne craint pas de réséquer tout l'épiploon qu'il peut atteindre.

M. Terrier partage toutes les idées émises par M. Lucas-Championnière. Actuellement en France la statistique de plusieurs chirurgiens réunis comprend 117 cas sans aucun insuccès.

M. Lefort insiste sur ce fait : il faut qu'on sache que cette opération n'est pas à la portée de tout le monde. Après tout, il y va de la vie du sujet à opérer, et on ne saurait être trop prudent.

M. Segond montre des pièces anatomiques provenant d'une femme de 70 ans, opérée d'une hernie crurale et morte deux mois après l'opération. Le résultat opératoire avait été parfait ; cependant on ne trouve pas là la colonne cicatricielle signalée par M. Lucas-Championnière.

M. Lucas-Championnière fait remarquer qu'il s'agit d'une hernie crurale et non pas d'une hernie inguinale.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 30 novembre 1887. — Présidence de M. Colin.

M. le Dr Martin lit un rapport *sur les services d'isolement à construire à l'hôpital Trousseau*, pour lesquels la Société d'hygiène a été consultée par le Directeur de l'Assistance publique. Il s'agit de construire à l'hôpital Trousseau quatre services d'isolement destinés à la diphthérie, à la scarlatine, à la rougeole et à la coqueluche. Ce sont les plans de M. Grandjacquet, architecte, que la Société d'hygiène est chargée de discuter. Chaque pavillon sera muni d'une *salle de rechange* dans laquelle les enfants seront transportés, soit pendant les repas, soit pendant le nettoyage de la salle, qui pourra ainsi être aérée convenablement lorsque les malades en auront été éloignés. Cette salle de rechange, dans le plan de M. Grandjacquet, est située parallèlement à la grande salle et séparée d'elle par une cloison munie de portes nombreuses.

M. Tollet demande à ce que chaque pavillon soit divisé en deux, non dans sa longueur, mais dans sa largeur. Cette disposition donnerait deux belles salles au lieu d'une belle salle et d'une mauvaise.

M. Grandjacquet dit qu'il a adopté ce système donnant une bonne et une mauvaise salle par pavillon, pour éviter qu'on ne se serve de la salle de rechange pour y placer définitivement des malades. Il craint qu'on ne prive, en temps d'épidémie, les malades de leur salle de rechange, si celle-ci ne laisse rien à désirer.

M. Trélat demande deux salles égales séparées par une cloison transversale et non pas deux salles inégales divisées par une cloison longitudinale.

MM. Grancher, Napias et Perron sont de l'avis de M. Trélat. Enfin sur la proposition de MM. Trélat, Colin, Lallier, Martin et Grancher, la commission supprime le pavillon destiné primitivement aux enfants atteints de coqueluche qui seront envoyés hors Paris. Grâce à cette suppression les autres pavillons recevront plus d'air et plus de lumière. Des *salles de douteux* seront réservées aux malades dont le diagnostic n'aura pu être établi d'une façon certaine à leur entrée.

A. Martha.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XI. Le Magnétisme animal étudié sous le nom de force neurique rayonnante et circulante dans ses propriétés physiques, physiologiques et thérapeutiques ; par A. Baréty. — Octave Doin, éditeur. — Paris, 1887.

XII. Eléments de médecine suggestive ; par J. Fontan et Ch. Segard. — O. Doin. — Paris, 1887.

XIII. La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques médicamenteuses ; par Bourru et P. Burot. J.-B. Baillière, Paris, 1887.

XIV. Les névrites périphériques dans le tabes dorsal ataxique ; par J.-L. Prévost. — Extrait de la *Revue médicale de la Suisse Romande*. Genève, 1886.

XI. Le livre de M. Baréty (car c'est d'un vrai livre qu'il s'agit) n'est pas, comme beaucoup de ceux qui, dans ces derniers temps, ont été publiés sous des titres analogues, un simple exposé didactique des recherches poursuivies de divers côtés sur l'hypnotisme. C'est une œuvre entièrement originale où l'on trouve, à côté d'un certain nombre de faits déjà connus, des observations nouvelles et des particularités très curieuses. L'auteur ne s'est pas borné d'ailleurs à constater des phénomènes, il aborde résolument leur interprétation ; son ouvrage vise à démontrer l'existence d'une force particulière, la force *neurique* dont M. Baréty a étudié avec grand soin les propriétés physiologiques.

Nous ne saurions mieux résumer ce livre, qui compte près de 700 pages, qu'en reproduisant, d'après l'auteur lui-même, les principales des conclusions auxquelles il a été conduit. D'après M. Baréty, il existe réellement, dans le corps humain, une force particulière, qui y circule dans un sens variable suivant certaines conditions spéciales spontanées ou provoquées, et dont une partie s'échappe par certains points déterminés qui sont les yeux, l'extrémité des doigts et la bouche par le souffle.

La force neurique est inégale d'intensité dans le corps des diverses personnes : de l'inégalité de cette intensité semble résulter en partie la possibilité pour un corps humain d'influencer un autre corps humain. L'infériorité des uns, à ce point de vue, à l'égard des autres, résulterait tantôt de l'état de santé et tantôt de la constitution même ; elle est par conséquent temporaire ou durable. Peut-être la propriété que possède le corps d'une personne d'influencer le corps d'une autre personne par la neuricité ne dépend pas exclusivement d'une différence d'intensité, mais aussi d'un changement dans la répartition et la direction de la force neurique, chez la personne susceptible d'être neurisée.

La force neurique est *rayonnante* ou *circulante*. Lorsque la neuralisation a pour agent la force neurique *rayonnante*, elle a pour instruments les doigts, les yeux et le souffle, ou bien encore des substances préneurisées servant d'intermédiaire. Elle agit sur les sujets neurisables, soit à distance, soit par contact, de manière à modifier l'organisme, tantôt en agissant par une sorte d'influence, tantôt en pénétrant dans son intérieur, ou en s'y transfusant en quelque sorte.

Lorsque la neuralisation a pour agent la force neurique *circulante*, elle a pour instruments le corps lui-même ou des substances préneurisées d'une forme qui leur permet d'être le siège de courants neuriques communiqués, et ainsi elle agit sur les sujets neurisables par une sorte d'influence, sans qu'il y ait à proprement parler pénétration ou *transfusion*. La force neurique et celle de l'aimant produisent des effets qui ont entre eux une analogie frappante ; certains métaux ont la propriété d'augmenter l'intensité de la force neurique ; les sujets sensibles à l'action de la neuricité le sont en même temps à celle de l'électricité de l'atmosphère ou des appareils et la plupart sont en même temps noctambules. La neuricité rayonnante répond au magnétisme tel que l'entendait et le pratiquait Mesmer, la neuricité circulante était inconnue avant le travail de M. Baréty ; son étude constituerait la partie la plus originale de son travail.

Nous ne pouvons qu'indiquer ici les conclusions principales de cet important ouvrage, qui est pour le moins curieux à lire. On ne manquera pas de faire à l'auteur plus d'une objection, on lui reprochera peut-être d'être allé bien vite en besogne, d'avoir été un peu pressé de généraliser, de n'avoir pas expérimenté sur un nombre suffisant de sujets, et d'avoir été trop prompt à formuler des théories, en une matière ou les théories sont faciles mais décevantes. Toujours est-il qu'on lira avec grand intérêt ce livre écrit par un médecin autorisé, un observateur consciencieux. On y trouvera bien des faits à glaner dont l'interprétation pourra paraître un peu audacieuse, mais qui n'en sont pas moins vraiment curieux.

XII. MM. Fontan et Segard, en écrivant leur livre, n'ont pas eu pour but d'innover, mais simplement « de grossir le faisceau des observations recueillies et de fournir au débat des épreuves et des preuves. » Leur ouvrage renferme en effet un grand nombre d'observations qui sont de nature à démontrer l'efficacité de la suggestion pour remédier à divers troubles nerveux fonctionnels. La première partie du livre est consacrée à l'étude méthodique de l'hypnotisme, de ses causes, de ses degrés et de ses phases. Les auteurs y discutent la moralité de la méthode suggestive, ses dangers, ses inconvénients.

XIII. On sait que MM. Bourru et Burot ont été amenés par des expériences qui remontent à quelques mois déjà, à admettre chez les sujets hypnotisés la possibilité d'une action à distance des médicaments. Le volume qu'ils viennent de faire paraître est un plaidoyer en faveur de leur idée. Le sujet est assez nouveau et assez passionnant pour que le livre soit assuré de compter un grand nombre de lecteurs. En la matière, les négations a priori ne sauraient être de mise.

Mais, comme il s'agit de faits qui, au premier abord peuvent surprendre, la technique doit être sûre et la méthode d'observation rigoureuse si l'on veut se mettre à l'abri des nombreuses causes d'erreur et d'illusion, et entraîner la conviction du lecteur. Nous avons parcouru avec grand intérêt l'ouvrage de MM. Bourru et Burot.

XIV. Intéressante revue générale sur les névrites périphériques chez les tabétiques, avec une observation personnelle à l'auteur. G. BALLET.

CORRESPONDANCE

Congrès des naturalistes allemands à Wiesbaden (1887)

Monsieur le Rédacteur,

Je terminerai mes compte-rendus sur le Congrès des Naturalistes de Wiesbaden de cette année par une courte nomenclature des travaux remarquables qui y ont été présentés : Escherich (de Munich) a parlé *du traitement antiseptique des affections gastro-intestinales des nourrissons* ; — Epstein (de Prague), sur *les indications du lavage de l'estomac chez le nourrisson* ; — Rinne (de Greifswald) sur le *mode de production des abcès métastatiques* ; — Lossen (de Heidelberg) et Grisson (de Rostock) sur *la névrectomie* ; — Lücke (de Strasbourg), Heuser (de Barmen) et Czeny (de Heidelberg) ont donné d'intéressants détails sur *le traitement chirurgical de la péritonite par perforation* ; — Pœhl (de Saint-Pétersbourg) a parlé des *urines chez les syphilitiques et de la cause de l'immunité des animaux vis-à-vis cette affection* ; — Ziemssen (de Wiesbaden) a parlé du *traitement du rhumatisme articulaire chronique.*

M. le Dr ESCHERICH (de Munich). — Des méthodes employées actuellement pour le traitement des affections gastro-intestinales du premier âge concourent en général à l'obtention d'une antisepsie du contenu intestinal. Les désinfectants solubles et insolubles n'ont fait leurs preuves que dans les affections gastriques ; il en est de même pour le lavage de l'estomac, que l'orateur a employé environ 700 fois avec succès. L'intestin grêle n'est pas accessible à ces deux modes de médication. Le seul traitement qui soit ici efficace est l'introduction, ou, dans d'autre cas la privation de substances fermentescibles dans le tube digestif. Tous les processus de fermentation observés dans la partie supérieure du tube digestif transforment le sucre de lait en acides. Ce n'est qu'à partir du point où le sucre de lait est résorbé en totalité que se développe la fermentation alcaline ou fermentation des albuminoïdes ; c'est le cas, par exemple, lorsque l'entérite est localisée au gros intestin. Les fermentations de la première catégorie seront en conséquence traités par la suppression des hydrocarbures, et celles de la seconde catégorie par l'introduction dans le tube digestif de petites quantités d'hydrocarbures (dextrine).

M. le Pr EPSTEIN (de Prague) a recommandé, déjà en 1880, le *lavage de l'estomac pour les affections gastro-intestinales des nourrissons,* en s'appuyant sur un nombreux contingent d'observations : malgré cela, on n'a jusqu'ici utilisé, dans la pratique médicale, ce mode de traitement dans fort peu de cas seulement. C'est pour le nourrisson surtout que le lavage est fort utile, et les résultats en sont si encourageants qu'il faut désirer ardemment que cette pratique devienne d'usage courant. Les objections ne manquent pas : le mode de procéder est trop compliqué, dangereux pour l'enfant et pénible à voir pour l'entourage; l'orateur considère ces objections comme sans valeur et devant disparaître devant le fait de l'inefficacité des méthodes usuelles. L'exécution ne présente dans la règle pas de difficultés et les enfants les plus jeunes supportent bien mieux que les plus âgés le lavage de l'estomac. Jusqu'à ce jour on a fait près de 1000 lavages à la clinique d'Epstein et il n'y a pas eu un seul accident à déplorer. Epstein fait le lavage dans les cas de gastro-entérite aiguë, que cette affection provienne d'une alimentation vicieuse ou d'une infection. La première indication est de débarrasser au plus vite l'estomac des substances alimentaires non digérées et indigestes, ainsi que des produits toxiques de décomposition. La gastro-entérite commence en général par la partie supérieure du tube digestif, et l'estomac est la partie atteinte en premier lieu. Malgré cela, le lavage sera applicable non seulement au début mais encore aux stades ultérieurs de l'affection : on obtient presque toujours la suppression immédiate des vomissements. L'estomac supporte de nouveau les liquides alimentaires et les digère, dans le cas, cela va sans dire, où ils sont assimilables, car le tube digestif a perdu alors en grande partie son activité. Epstein donne en conséquence l'eau albumineuse jusqu'à cessation de la diarrhée: l'état général une fois relevé, on reviendra peu à peu à une alimentation plus substantielle (ordinairement au bout de 24 à 48 heures). Le lavage de l'estomac n'est pas seulement indiqué dans des cas graves de ce genre, mais il trouve aussi son emploi dans la dyspepsie gastro-intestinale simple, aiguë ou chronique. Les matières extraites par le lavage prouvent l'utilité de la méthode. Les affections de ce genre semblent de peu de gravité chez le nourrisson, mais elles entraînent des complications variées, sont soumises à des traitements irraisonnés et doivent en conséquence être de suite soumises à une action thérapeutique énergique. Les méthodes usitées jusqu'à ce jour ont une influence trop incertaine pour qu'on puisse les conserver. Il est de toute nécessité de recourir au lavage dans les empoisonnements, surtout si l'on a affaire à une intoxication par l'opium, ce qui arrive souvent chez les enfants en bas âge.

M. LOREY (de Francfort) fait une communication destinée à compléter les résultats consignés par lui dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde* (mois de janvier), concernant 43 cas de lavage de l'estomac chez des enfants atteints de dyspepsie, âgés de moins de deux ans. Chez 31 enfants on trouva, deux heures après le dernier repas, l'estomac plein de masses copieuses exhalant une odeur fétide. Chez 30 enfants, un à trois lavages avec des solutions faibles de chlorure de sodium suffirent pour faire disparaître la dyspepsie. Dans un cas chronique, le traitement dut être continué pendant plusieurs semaines. Chez 12 enfants dyspeptiques, l'estomac ne contenait qu'un peu de mucus, et chez ceux-là encore il a suffi d'un à deux lavages pour guérir la dyspepsie. Deux enfants succombèrent à l'athrepsie. L'auteur se croit donc autorisé à recommander le lavage de l'estomac dans la dyspepsie du premier âge.

M. RINNE (de Greifswald). — 1° L'organisme humain possède la faculté d'éliminer une grande quantité des Coccus pathogènes de la pyémie, quand ces derniers, enfouis dans les tissus

échappent à l'action de l'oxygène. 2° On n'observe pas d'immigration de coccus dans une plaie sous-cutanée ou dans un abcès sous-cutané privé de bacilles, si ees lésions sont produites par l'injection de substances chimiques stérilisées, quand il y a dans le voisinage des phlegmons ou abcès contenant des bactéries. Le même fait se reproduit si l'on injecte ces substances dans le courant sanguin ou la cavité péritonéale. 3° Même dans le cas où on injecte directement une solution contenant des micrococcus dans une plaie sous-cutanée fraîche, dans du tissu cicatriciel jeune ou vieux, ou dans le voisinage de corps étrangers (fragments de verre, fils de laine, etc.), on n'observe pas de suppuration. 4° Il en résulte que les lésions parenchymateuses, qui s'accompagnent de réaction inflammatoire, ne prédisposent pas à des abcès métastatiques. Il ne fut pas possible non plus d'infecter par la voie sanguine des thrombus qui s'étaient formés autour de fils de laine introduits dans l'artère pulmonaire. 5° On peut facilement faire d'une portion de tissu lésée un locus minoris resistentiæ. Les coccus de la pyémie attaqueront plus facilement un tissu qui par suite d'influences chimiques, ou mécaniques et chimiques, aura perdu sa force de résistance ; si les lésions provoquent une inflammation réactionnelle intense, il n'y a pas lieu de craindre le développement d'un lieu de moindre résistance.

Je me permets de vous envoyer en outre un résumé succint d'une séance de la *Société médicale de Berlin*. On y a parlé d'*hypnotisme*, et cette question doit vous intéresser tout spécialement.

M. le Dr Moll attire l'attention des médecins Berlinois sur l'*hypnotisme et sa valeur thérapeutique*. L'orateur fait ressortir les divergences qui existent entre l'école de Charcot et celle de Nancy. Le Dr Moll penche pour l'école de Nancy, mais il pense que l'opinion de Charcot est la bonne dans certains cas de grande hystérie. La France nous envoie, dit l'orateur, presque chaque jour des rapports favorables sur les bons résultats thérapeutiques obtenus. Il est nécessaire que les médecins allemands s'intéressent aussi à la question : ce n'est que de cette façon qu'on pourra voir la vraie valeur de la méthode. Le Dr Moll pense que l'hypnotisme pratiqué avec prudence n'a aucun danger, si l'on évite toutes les altérations physiques.

M. le Pr Ewald a déclaré dans le cours de la discussion que les démonstrations de Charcot ne prouvent rien, car il se sert de sujets dressés. Ce ne sont pas des cas de simulation consciente, mais des individus stylés de cette façon sont facilement enclins à entrer dans le courant d'idées du démonstrateur. Enfin, l'hypnotisme n'est pas un procédé médical, puisque le premier venu peut y avoir recours. M. le Pr Mendel trouve l'hypnotisme trop dangereux ; on ne doit donc pas l'employer souvent. M. le Dr Moll est du même avis : il recommande la prudence, mais estime que dans ce dernier cas il n'y a plus aucun danger. Dr Léop. Casper.

BIBLIOGRAPHIE

Le caractère dans la santé et dans la maladie par le Dr Azam, professeur à la Faculté de medecine de Bordeaux, — Paris, Félix Alcan, 1887. 1 volume in-8 de 219 pages. — Préface de M. Th. Ribot.

Il n'y a dé cidément pas besoin d'une analyse transcendante et inintelligible pour rendre un livre intéressant. M. Azam s'est contenté de juxtaposer un assez grand nombre d'observations très simples et il est arrivé à écrire un ouvrage qui présente assurément un certain attrait. Ce n'est pas de la peinture, c'est simplement du crayon ; mais quelques parties sont bien dessinées. L'auteur n'a voulu que fixer sur son album les silhouettes de ses amis et de ses clients ; il a mis beaucoup de vérité et un peu de fantaisie, de façon à nous donner quelques croquis d'une tournure très agréable. La métaphysique est, du reste, heureusement reléguée à l'arrière plan. Écoutez plutôt cette définition du caractère : « C'est l'ensemble des qualités ou des défauts que manifeste l'individu dans ses rapports avec son entourage. « Vous voyez que nous pouvons nous entendre et que la psychologie analytique ne menace pas d'être encombrante.

La classification des caractères offre également beaucoup de simplicité : les variations se manifestent soit du côté de la volonté, soit du côté de la sensibilité, soit du côté de l'intelligence. Voulez-vous connaître les différentes formes du bon caractère. Voici les doux, les affables ; les placides, les sereins, les calmes, les modérés, voilà les dignes, les forts, les modestes, les vifs, les ardents, les enjoués, les généreux, les dévoués, etc. Votre choix aura le loisir de s'exercer et vous trouverez certainement de grandes qualités à vos pires ennemis. Mais ouvrez maintenant le second carton, vous verrez que la série des mauvais caractères est encore plus considérable que la précédente. Voici les envieux, les jaloux, les sournois, les hypocrites, les obséquieux, les égoïstes, les tracassiers, les bourrus, les têtus ; voilà les grognons, les rancuniers, les effrontés, les capricieux, les fanfarons, les vantards, les poseurs, les rusés, etc. J'en passe et des plus mauvais. Maintenant apprenez que sous plusieurs influences (âge, sexe, climat, etc.) ces caractères se modifient profondément Tournons encore la page, nous arrivons aux changements du caractère dans les maladies. C'est ici que le médecin rappelle avec profit tous ses souvenirs ; vraiment M. Azam est parfois très heureux et très exact. Lisez les chapitres qui ont trait aux modifications survenues pendant les maladies chroniques et sous l'influence des affections cérébrales. Il y a là des pages d'une bonne observation clinique. Avouez que vous ne vous êtes pas trop ennuyé en feuilletant cet album, d'autant plus que vous n'avez pas été obligé de le parcourir en une seule fois. P. L.

VARIA

Laïcisation de l'hôpital de la Charité.

Dans sa séance du 8 décembre, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a émis un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital de la Charité. En conséquence de ce vote, les religieuses de cet hôpital seront remplacées par des laïques au plus tard à la fin de janvier 1888. Il ne restera donc plus à laïciser que St-Louis et l'Hôtel-Dieu.

Hôpitaux suburbains pour maladies contagieuses.

A plusieurs reprises nous avons parlé de l'hospice temporaire des varioleux installé à Aubervilliers, et des discussions soulevées par la nouvelle affectation des baraquements qui avaient été construits en 1884, lors du choléra. Le conseil général s'est occupé longuement de la question, mais les maires des localités contaminées par la variole se sont entendus pour arriver à un résultat et ils ont envisagé l'affaire à un autre point de vue. Se basant sur les art. 94 et 97 de la loi du 5 avril 1884, qui disent que « le maire prend des arrêtés à l'effet de prévenir par des précautions convenables les accidents et fleaux calamiteux, tels que les maladies épidémiques et contagieuses », ils ont décidé d'ordonner purement et simplement la fermeture de l'hospice des varioleux. Le préfet de la Seine, à qui ces arrêtés seront notifiés, ne pourra que prendre acte de cette notification et leur donnera ainsi une date certaine. Si la Ville de Paris ne veut pas se soumettre, elle devra se pourvoir devant le conseil d'Etat. Le débat sera intéressant au moment où, conformément aux conclusions de la commission sanitaire du conseil municipal, on veut établir quatre grands hôpitaux autour de Paris, deux pour la variole, un pour la diphtérie et un pour la rougeole (*Temps*).

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 12. — (Epreuve pratique) Médec. opér. : MM. Delens, Jalaguier, Segond. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Reynier ; — (2e *Série*) : MM. Fournier, Rémy, A. Robin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Reclus, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat* : Damaschino, Ollivier, Chauffard.

Mardi 13. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Troisier ; — (2e *Série*) : MM. Ch. Richet, Polaillon, Brun. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Tarnier, Peyrot.

Mercredi 14. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Damaschino, Ch. Richet, Joffroy ; — (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Rémy, Brissaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Budin, Delens ; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes.

Jeudi 15. —(Epreuve pratique). Médec. opérat. : MM. Duplay, Bouilly, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Proust, Dieulafoy, Hutinel.

VENDREDI 16. — 2e de Doctorat (2e partie) (1re Série) : MM. Hayem, Rémy, Brissaud ; — (2e Série) : MM. Ch. Richet, Marc See, Chauffard. — 5e de Doctorat (1re partie) (Charité) (1re Série) : MM. Trélat, Segond, Ribemont-Dessaignes ; — (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Landouzy

SAMEDI 17. — 2e de Doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Quenu. — 5e de Doctorat, (1re partie) (Hotel-Dieu) (1re Série) : MM. Tarnier, Polaillon, Schwartz ; — (2e Série) : MM. Panas, Peyrot, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Cornil, Fernet, Ballet. — 5e de Doctorat (2e partie) (Charité) (1re Série) : MM. Peter, Ball, Troisier ; — (2e Série) : MM. Bouchard, Legroux, Raymond.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 14. — M. Thierry. La saignée dans les affections organiques du cœur et de l'aorte. — M. Leflaive. Rhino-bronchite annuelle. — *Jeudi* 15. — M. Aubry. La contagion du meurtre (Etude d'anthropologie criminelle). — M. Marchoux. Histoire des épidémies de fièvre typhoïde dans les troupes de la marine de Lorient. — M. Rousselin. Des corps motiles articulaires. — M. Dabiex. De l'action de l'acide sulfureux en inhalations et en injections hypodermiques dans le traitement de la tuberculose. — M. Marage. Sympathique des oiseaux. — M. Hoffmann. Contribution à l'étude de l'othématome. — M. Ygnatoff. L'antipyrine dans les douleurs cardiaques. — M. Para. De l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. Berlioz. Etudes cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. — M. Mourret. Contribution à l'étude de la tuberculose.

Enseignement médical libre.

Maladies du nez et des oreilles. — M. le Dr MIOT commencera le lundi 12 décembre, à midi et demi, ses cours sur les affections du nez et des oreilles, et les continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure, rue St-André-des-Arts, 41.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr C. MÉHU.

M. le Dr C. MÉHU, pharmacien de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, est décédé à l'âge de 52 ans, la semaine dernière, alors que rien ne faisait prévoir une mort si subite

M. Méhu est né le 10 mars 1835, à Auxonne (Côte-d'Or). Il fit son stage de pharmacien à Dijon, chez M. Delaruc, puis, venu à Paris pour terminer ses études, concourut à l'internat en 1856 et fut reçu. Le 1er janvier 1858 il était nommé aide-pharmacien à la pharmacie centrale des hôpitaux civils de Paris, et pharmacien des hôpitaux de Paris au concours qui eut lieu le 14 mai 1858. Il débuta à l'hôpital du Midi, le 1er juillet de la même année ; il passa à Necker (19 mars 1862), puis à la Charité en décembre 1880. Ses titres universitaires sont les suivants : Licencié ès sciences physiques (1859), Pharmacien de 1re classe (1862), Docteur en médecine (1865). M. Méhu était membre de la Société de pharmacie de Paris, dont il fut élu président en 1878, membre honoraire ou correspondant des Sociétés de pharmacie de Londres, de Vienne, St-Pétersbourg, Varsovie, etc., etc. Récemment il avait été nommé membre de l'Académie de médecine. On lui doit un certain nombre de travaux dont voici les principaux : *Traité pratique et élémentaire de chimie médicale*, 1870, 2 éditions ; — *Annuaire pharmaceutique*, 1871-1874 ; — *De la foudre*, en collaboration avec M. Sestier, 1866 ; — *Recherches sur la Petite Centaurée* (thèse de pharmacie), 1862 ; — *Etudes sur la Santonine* (thèse de doctorat en médecine), 1865. — Il est en outre l'auteur d'un grand nombre de mémoires parus dans les journaux de pharmacie et de chimie : *Erythro-centaurine dans le Canchalagua*, Paris, 1867 ; — *Sur l'huile phosphorée, la solubilité du phosphate dans les huiles et l'action des huiles essentielles sur la phosphorescence*, Paris, 1868-69 ; — *Sur le coton iodé*, Paris, 187[illegible] ; — *Etude sur le kermès minéral*, Paris, 186[illegible] ; — *Alliages du bismuth, avec les métaux alcalins* ; — *Purification du bismuth*, Paris, 1873 ; — *Des tartrates et des citrates de fer et de leurs combinaisons ammoniacales*, Paris, 1873. — *Préparation de l'indigotine cristallisée au moyen de l'acide phénique*, Paris, 1871-1872 ; — *Sur l'empoisonnement par l'acide phénique*, Paris, 1873 ; — *Etude sur les liquides épanchés dans la plèvre*, Paris, 187[illegible] ; — *De l'emploi de l'hypochlorite de soude dans le traitement externe des malades atteints d'affections saturnines*, Paris, 1870 ; — *Analyse de sable intestinal ou granulations rectales*, Paris, 1874 ; — *Etudes sur les divers procédés employés pour doser l'albumine.* — *Nouveau procédé de dosage*, Paris, 1869 ; — *Etude sur les liquides pathologiques de la cavité péritonéale*, Paris, 1877 ; — *Nouvelles recherches sur les liquides pathologiques de la cavité pleurale*, Paris, 1875 ; — *Des liquides de l'hydrocèle de la tunique vaginale*, Paris, 1875 ; — *Des liquides de l'hydrocèle enkystée de l'épididyme*, Paris, 1875 ; — *Méthode d'extraction des pigments d'origine animale.* — *Applications diverses du sulfate d'ammoniaque*, Paris, 1878 ; — *Traité pratique et élémentaire de chimie médicale appliquée aux recherches cliniques*, — *Sulfure de mercure obtenu cristallisé par voie humide*, Paris, 1876, etc., etc. M. B.

FORMULES

XI. Baume antiodontalgique.

Extrait alcoolique sec d'opium }
Camphre pulvérisé . . . . } aa 0 gr. 50 centigr.
Baume du Pérou . . . . . }
Mastic . . . . 1 gramme.
Chloroforme . . . . . . 10 grammes.

F. s. a. une solution, dont on imprègne une boulette de coton, et que l'on introduit dans la cavité de la dent douloureuse. Ce pansement produit un calme rapide. (*Union Méd.*)

XII. Traitement de la phtisie (Formule de M. le Dr SCHOLL).

Créosote . . . . 0,05 cent.
Iodoforme . . . . 0,01 cent.
Arséniate de soude. . . . . . . 1/2 millig.
Cynoglosse . . . . 0,05 cent.
Benjoin et magnésie. . . . . . . q. s.

Pour une pilule. En prendre deux au milieu de chacun des deux repas.

XIII. Formule de M. HUCHARD.

Créosote. . . . . }
Iodoforme. . . . . }
Poudre de benjoin . . . . } àa 0,05 centigr.
Baume de Tolu. . . . . . }

Pour une pilule, 1 ou 2 à chaque repas. (*Revue de clin. et de thér.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 novembre 1887 au samedi 3 décembre 1887, les naissances ont été au nombre de 1151, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 454 ; illégitimes, 140. Total, 594. — *Sexe féminin* : légitimes, 407 ; illégitimes, 150. Total, 557

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 novemb. 1887 au samedi 3 décembre. 1887, les décès ont été au nombre de 949, savoir : 494 hommes et 455 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 21, F. 17. T. 38. — Variole : M. 6, F. 2, T. 8. — Rougeole : M. 7, F. 9. T. 16. — Scarlatine : M. 4, F. 4, T. 8. — Coqueluche : M. 2, F. 1. T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 12 F. 11, T. 23. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 68. T. 172. — Autres tuberculoses : M. 20 F. 10. T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 27. T. 41. — Méningite simple : M. 15, F. 9. T. 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 26. T. 50. — Paralysie : M. 2, F. 4. T. 6. — Ramollissement cerebral : M. 7, F. 5. T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 32. T. 55. — Bronchite aigue : M. 16, F. 13 T. 29. — Bronchite chronique : M. 15, F. 27. T. 42. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 10. T. 20. — Pneumonie M. 22, F. 21. T. 43. — Gastro-entérite, biberon : M. 7, F. 9. T. 16. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 5. T. 9 — Autres gastro entérite : M. 3, F. 2. T. 5. — Fièvre et péritonite puerperales : M. 0. F. 6 T. 6. — Autres affections puerperales : M. 0. F. 6. T. 6. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 7. F. 13, T. 20. — Sénilité : M. 11, F. 22. T. 33. — Suicides : M. 18, F. 3 T. 21. — Autres morts violentes : M 10, F. 4. T. 14. — Autres causes de mort : M. 106 F. 87. T. 193. — Causes restées inconnues : M 3 F. 4. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 20. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 20. Total : 41.

Facultés de médecine et Ecoles de pharmacie. *Bourses de doctorat.* — Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1887, boursiers près les Facultés de médecine et de pharmacie ci-après désignées, les étudiants en médecine dont les noms suivent : *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux* : MM. Menut, Fourquet, Angibaud et Desmartin. — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille* : MM. Fromont, Monin et Cuisset. — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon* : MM. Choupin, Saclier de Giverdy, Philippe, Commandeur, Durbesson, Bret. — *Faculté de médecine de Montpellier* : MM. Lavergne, Marrel, Merlat, Imbert et Dorte. — *Faculté de médecine de Nancy* : MM. Duffer, Georges, Braun, Sénique et Simon. — Sont nommés pour un an à dater du 1er novembre 1887, boursiers près les Ecoles supérieures de pharmacie et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées, les candidats au grade de pharmacien de 1re classe ou au diplôme supérieur de pharmacie dont les noms suivent : *Ecole supérieure de pharmacie de Paris* : MM. Deloison, David, Gaillard, Linas, Thoury, Lafay, Moureu et Lachambre. — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux* : MM. Biornès et Reille. — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon* : M. Moreau. — *Ecole supérieure de pharmacie de Nancy* : MM. Lamaze, Grandsire, Monal, Rouyer, Marcotte.

Faculté des sciences de Paris. — M. Viguier soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 9 décembre 1887, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Etudes géologiques sur le département de l'Aude (bassin de l'Aude et Corbières). »

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Piechaud, agrégé près ladite Faculté, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours annexe de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Lehoucq est nommé aide d'anatomie à ladite Faculté, en remplacement de M. Carpentier, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Rollet, étudiant en médecine, est nommé, pour une période de trois ans, aide d'anatomie à ladite Faculté, en remplacement de M. Adenet, dont la délégation est expirée.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un concours s'est ouvert le 8 novembre pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe et d'accouchement; les trois candidats qui y ont pris part ont été classés dans l'ordre suivant. 1° M. Bernard; 2° M. Benet; 3° M. Roux. — M. Mossé, agrégé, près ladite Faculté, est chargé, en outre, d'un cours annexe de clinique des maladies des vieillards. — M. Blaise, agrégé près ladite Faculté, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888 des fonctions de préparateur du laboratoire de clinique médicale.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Monginet, étudiant en médecine, est nommé aide d'histoire naturelle à ladite Faculté, en remplacement de M. Legrain, démissionnaire.

Faculté des sciences de Nancy. — M. Saint-Rémy, licencié ès sciences naturelles, docteur en médecine, est nommé préparateur de botanique à ladite Faculté, en remplacement de M. Lemaire, appelé à d'autres fonctions.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Chassevant, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie minérale à ladite Ecole, en remplacement de M. Duroziez, démissionnaire.

École de médecine militaire. — Le Concours ouvert le 3 novembre dernier à l'Ecole d'application de médecine militaire pour une place de professeur agrégé de clinique médicale, s'est terminé par la désignation de M. Duponchel, médecin-major de 2e classe au 17e régiment de chasseurs à cheval. Un décret du 22 novembre 1887, supprimant la chaire de clinique médicale du Val-de-Grâce, M. Duponchel occupera les fonctions d'agrégé de législation, administration et service de santé militaire.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. — Un concours s'ouvrira le 11 juin 1888, à ladite Faculté, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. Un concours s'ouvrira, le 4 juin 1888, à ladite Ecole, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Caen. — Le concours pour la nomination à la place de suppléant des chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale et obstétricale, à l'Ecole de médecine de Caen, s'est ouvert à la Faculté de médecine de Paris, le 15 novembre 1887. Le jury se composait de M. Le Fort, président, et de MM. Lannelongue et Ribemont-Dessaignes, de la Faculté de Paris ; Simon et Bourienne, de l'Ecole de médecine de Caen, juges, et de MM. Guyon et Maygrier, juges suppléants. Les candidats, au nombre de deux, étaient MM. les Drs Vigot et Noury. Les sujets suivants ont été traités : première épreuve (composition écrite) : *le creux sus-claviculaire ; diagnostic des tumeurs du creux sus-claviculaire.* — Deuxième épreuve (leçon de trois quarts d'heure) : *fractures du col du fémur.* — Troisième épreuve (médecine opératoire) : *amputation du gros orteil et du métatarsien correspondant.* M. le Dr Noury a été nommé professeur suppléant

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — Un concours s'ouvrira le 1er juin 1888, à ladite Ecole, pour l'emploi de chef de travaux physiques et chimiques à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes. — M. Faint, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de 9 ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à ladite Ecole.

Ecole de médecine de Rouen. — Le concours pour la nomination d'un professeur suppléant de pathologie interne et de clinique chirurgicale a été ouvert le 15 novembre à la Faculté de médecine de Paris. Le jury présidé par M. Peter était composé, en outre, de MM. Damaschino et Ballet, de Paris ; Ollivier et Pétel, de Rouen. Les candidats étaient au nombre de deux : MM. Brunon et Devaux. Les sujets traités ont été : première épreuve (composition écrite), *de la méningite tuberculeuse* ; deuxième épreuve (leçon orale), *de la néphrite interstitielle* ; troisième épreuve (préparation d'anatomie pathologique), *examen de crachats tuberculeux, coupe de foie atteint de cirrhose atrophique, coupe de poumon atteint de pneumonie franche, examen d'urine* ; quatrième épreuve, *examen clinique de deux malades.* M. Brunon, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé.

Ecole de médecine de Toulouse. *Conseil académique.* — A la suite du scrutin qui a eu lieu le 20 novembre 1887, pour l'élection audit conseil d'un délégué de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie, M. Basset, professeur de thérapeutique à ladite Ecole, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du conseil.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse. — Un concours s'ouvrira le 1er juin 1888, à ladite Ecole, pour l'emploi de chef des travaux chimiques et physiques. — M. Raffy, bachelier ès lettres, commis d'Académie à Aix, est nommé secrétaire de ladite Ecole.

Hôpitaux de Paris. *Externat,* — Questions traitées dans les dernières séances : *Crosse de l'aorte* ; — *Os maxillaire inférieure* ; — *Articulation radio-carpienne.* La deuxième épreuve commencera à quatre heures et demie.

Asiles d'aliénés. *Internat.* — Le jury se compose de MM. Ball, Briand, Charpentier, A. Gombault, Pozzi, Vallon, J. Voisin. La question écrite a eu lieu le 5 décembre, à midi. Les candidats ont eu à traiter : *Pneumogastriques* (anatomie et physiologie). Dix-sept candidats ont pris part à cette épreuve.

La Chirurgie antiseptique en Province. — M. Henri Monod, directeur de l'assistance publique en France, est allé visiter, à Chartres, la salle d'opérations installée à l'hôpital général par notre collaborateur, M. le Dr Maunoury, avec le concours de la commission des hospices. Cette salle d'opérations est actuellement la mieux installée qui soit en France ; elle mérite de servir de modèle. Elle fait le plus grand honneur à M. le Dr Maunoury. M. Monod était accompagné dans sa visite par M. le préfet d'Eure-et-Loir, M. le maire de Chartres, M. le Dr Ulysse Trélat et M. Charles Monod, chirurgiens des hôpitaux de Paris, M. l'inspecteur général Napias et les membres de la commission administrative de l'hôpital de Chartres. Dans une chaleureuse allocution, M. Monod a félicité la commission administrative des hospices et M. le Dr Maunoury de l'excellent exemple qu'ils ont donné en organisant en province un service antiseptique qui peut rivaliser avec ceux des meilleurs hôpitaux d'Europe. (*Temps*). Nous publierons prochainement une description détaillée de ce service de premier ordre.

Épidémies. — A Bordeaux la fièvre typhoïde sévit surtout dans la partie nord de la ville; les cas sont nombreux, mais assez bénins. Le conseil d'hygiène a prescrit diverses mesures de précaution et de désinfection. Par prudence, tous les travaux de voirie nécessitant un affouillement du sol ont été suspendus.

Institut d'Anthropologie. — Sur la proposition de M. Gaufrès, le Conseil municipal a fixé à 6.000 francs sa subvention à l'Institut d'Anthropologie.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr BOISSON est nommé médecin-adjoint du lycée Lakanal (emploi nouveau). — M. le Dr COUTURIER, médecin-adjoint du lycée de Saint-Etienne, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le Dr Riembault, décédé. — M. le Dr VIGNES, médecin-adjoint au lycée de Tarbes, est nommé médecin dudit lycée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — *Ordre du jour.* (Séance du lundi 12 décembre 1887, à 4 heures, au Palais-de-Justice, salle des Référés. — Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 14 novembre. — Renouvellement du bureau pour l'année 1888. — Election des deux vice-présidents, des deux secrétaires annuels, des trois membres sortants de la commission permanente. — Nomination de la commission d'élection chargée du rapport sur les candidatures au titre de membre titulaire et de membre correspondant. — M. MÉGNIN : *La faune des tombeaux*, nouvelles applications de l'entomologie à la médecine légale. — Communications diverses.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS (15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Ecole pratique). — La 4e conférence annuelle Broca aura lieu le mercredi 14 décembre 1887, à 3 heures 1/2 de l'après-midi. M. le Pr MATHIAS DUVAL traitera de l'*Aphasie depuis Broca*. Le soir aura lieu chez Brébant, le banquet annuel ; prix : 12 fr. 50.

NÉCROLOGIE. — M. G. MASSON, étudiant en médecine à la Faculté de Bordeaux, âgé de 21 ans. — M. le Dr CLÉMENT (de St-Nicolas-du-Pont). — M. le Dr VÉRON (de Menehould). — M. le Dr DAMINON (de Châlons-sur-Marne). — M. le Dr GUILLABERT (de Toulon). — M. le Dr CASALONGA (d'Alata). — M. le Dr LELIÈVRE (de Paris). — M. le Dr Michel RAMBAUD, médecin de l'Hôtel-Dieu, à Lyon. Il est l'auteur, dit le *Lyon médical*, d'un mémoire paru en 1845, dans le *Journal de médecine de Lyon*, traitant des *Hémoptysies dans les affections mitrales*. — M. Denis GRELLET, interne en pharmacie des hôpitaux, préparateur du cours de matière médicale à l'Ecole de pharmacie de Paris, vient de succomber à l'hôpital des Enfants-Malades. Un brillant avenir était sûrement réservé à ce jeune travailleur, qui avait été plusieurs fois déjà lauréat de l'Ecole. — M. le Dr DUPIN (de Bordeaux). — Un médecin américain, dit la *France médicale*, M. BARIDGE LEE, qui était atteint depuis quelques jours d'aliénation mentale, s'est jeté d'une fenêtre du deuxième étage de la villa Beaulieu, à Cannes. Il est mort deux heures après. — M. POUSSIER, étudiant en médecine à l'école de Rouen.

ENSEIGNEMENT DE L'HOMOEOPATHIE. — Les médecins de l'hôpital Saint-Jacques feront un cours *gratuit* de clinique thérapeutique à l'hopital Saint-Jacques, 227, rue de Vaugirard, tous les dimanches, à 9 heures du matin, et un cours de matière médicale, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 heures 1/2 du soir, 15, rue des Grands-Augustins.

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL BEAUJON. — *Chirurgie* : Service de M. le Pr DUPLAY. — Salle Sainte-Agathe : 1, 2, corps fibreux de l'utérus; 3, fracture du tibia ; 5, fracture des 2 os de l'avant-bras ; 6, brûlure ; 7, pelvi-péritonite; 9, fistule stercorale; 10, coxalgie; 11, fracture du tibia; 16, restauration du périnée ; 17, tumeur bénigne du sein. — Salle Saint-Gabriel : 1, fracture du maxillaire supérieur; 1 *bis*, phlegmon de la main et de l'avant-bras ; 2, ostéite tuberculeuse de l'épicondyle, tuberculose cutanée; 5, plaie de la cornée ; 6, lymphosarcome du cou; 7, hydarthrose tuberculeuse des deux genoux ; 11, ostéiste tuberculeuse des côtes ; 12, ostéo-arthrite du genou ; 13, épithélioma du pied, thyroïdite ; 15, fractures de côte et du cubitus ; 16, abcès froid lombaire. — Salle A. Paré : 1, pseudarthrose de l'humérus ; 2, fracture de jambe ; 4, abcès froid lombaire ; 7, ostéite du grand trochanter, périarthrite coxo-fémorale ; 8, abcès urineux ; 8 *bis*, fracture bi-malléolaire ; 9 *bis*, fracture du péroné ; 10, rétrécissement de l'urèthre ; 13, fracture de la colonne vertébrale ; 15, fracture compliquée de jambe.

Service de M. QUENU. – Salle Saint-Vincent-de-Paul : 1, fracture du radius et du col anatomique de l'humérus ; 1 *bis*, perforation de la voûte palatine ; 4, lymphangite gangréneuse ; 6, plaie du nerf médian par arme à feu; 12, fracture de la voûte du crane, trépanation; 14, épithélioma de la langue ; 15, tumeur blanche du poignet, résection; 19, sarcome de l'omoplate. — Salle Saint-Edmond : 23 arthrite blennorrhahagique du genou; 26, luxation du scapoïde; 34, périostite du tibia, suite de fièvre typhoïde ; 35, tumeur érectile de la joue ; 37, fracture de la rotule; 39, abcès urineux. — Salle Huguier : 3, Hernie ombilicale étranglée ; 9, arthrite blennorrhagique; 11, corps fibreux de l'utérus ; 12, arthrite puerpérale ; 13, cystite douloureuse, kolpo-cystotomie ; 19, fistule vésico-vaginale ; 21, carcinome du sein.

Service de M. LABBÉ. — Salle Sainte-Clotilde: 1, tumeur fibreuse de l'utérus; 4, rétroflexion ; 5, tumeur fibreuse de l'utérus; 9, fistule vésico-vaginale ; 12, tubo-ovarite d'origine tuberculeuse ; 13, phlegmon de l'avant-bras, ouverture de l'articulation radio-carpienne; 14, arthrite blennorrhagique; 16, pyo-salpingite, blennorrhagie, castration probable ; 18, uréthrite, bartholinite double ; 19, phlegmon rétro-utérin ; 20, prolapsus utérin. — Salle Saint-Félix : 1, fracture bi-malléolaire ; 2, synovite fongueuse ; 3, luxation sous-pubienne de la hanche ; 5, rétrécissement de l'urèthre ; 6, fracture de la rétine ; 7, amputation de jambe ; 8, ankylose du coude ; 9, fracture de jambe; 10, amputation double de cuisse; 11, plaie de jambe; 12, épithélioma de la face ; 13, abcès urineux; 14, abcès froid.

Médecine : Service de M. FERNET. — 1, pleurésie tuberculeuse ; 7, rhumatisme articulaire aigu ; 10, entérite chronique ; 11, sclérose cardio-artério-rénale ; 12, épidymite tuberculeuse ; 13, Ictère chronique ; 17, emphysème, bronchite, asthme ; 18, sclérose cardio-artério-rénale, cirrhose du foie ; 22, fièvre typhoïde, phlegmatia alba dolens ; 26, insuffisance mitrale et aortique, angine de poitrine ; 31, pneumonie droite ; 32, diabète. — Salle Sainte-Hélène : 2, rhumatisme; 5, amygdalite phlegmoneuse ; 8, asphyxie des extrémités ; 9, fièvre typhoïde ; 12, artério-sclérose, néphrite ; 16, paralysie faciale ; 17, pleurésie gauche ; 18, urémie.

Service de M. GOMBAULT. — Salle Beaujon : 1, néphrite interstitielle, urémie, saturnine; 7, polyurie d'origine centrale; 8, ataxie locomotrice ; 10, fièvre typhoïde ; 12, insuffisance et rétrécissement aortiques, syphilis ; 16, rhumatisme articulaire aigu; 20 *bis*, angine de poitrine, athérome ; 22, albuminurie. — Salle Sainte-Monique : 2, insuffisance mitrale, asystolie; 8, rhumatisme articulaire aigu ; 10, cirrhose atrophique du foie; 12, mal de Pott; 17, lithiase biliaire.

Service de M. MILLARD. — Salle Saint-Martin : 1, ulcus rotondum ; 2, tuberculose aiguë ; 3, chlorose ; 4, myélite chronique ; 5, hémiplégie gauche ; 6, fièvre typhoïde : 7, fièvre typhoïde ; 10, rhumatisme articulaire aigu ; 12, ulcère de l'estomac ; 14, phlegmatia alba dolens post-puerpérale ; 15, fièvre typhoïde ; 16, ascite symptomatique d'une tumeur végétante du petit bassin , 17, emphysème; 19, fièvre typhoïde; 20, tuberculose des séreuses, pleurésie double, péritonite ; 21, pneumonie. — Salle Saint-Louis : 1 et 2, pleurésie tuberculeuse; 3, fièvre typhoïde anormale ; 4, pleurésie chronique ; 5, rhumatisme blennorrhagique; 7, diabète, anasarque ; 9, névralgie iléo-lombaire; 10, pleurésie aiguë ; 2, cancer des voies biliaires, ictère ; 14, cardiopathie ; 15, Hémiplégie dans le cours de la fièvre typhoïde ; 16, fièvre typhoïde ; 17, rhumatisme ; 4, rechûtes (pleurésie double, péricardite) ; 19, lithiase hépatique ; 20, myélite syphilitique ; 22, ictère chronique, sclérose hépatique ; 23, dothiénentérie ; 25, artério sclérose, néphrite.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

BERNARD (D.). — **Note sur une observation de trachéotomie pratiquée dans un cas de croup, sous la narcose chloroformique.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. 40 c.

FERRET (A.). — **De l'ophthalmie granuleuse** (Ophthalmie endémique d'Algérie). Brochure in-8 de 75 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Pr **Charcot**.

Hystérie et syphilis : De l'influence d'une maladie ou d'une intoxication antérieure sur le mode de localisation et sur la forme des accidents hystériques (1);

Leçon résumée par M. Gilles de la Tourette, chef de Clinique.

Plus on approfondit la connaissance de l'hystérie, plus on trouve justifiée la qualification de « neuromimétique » donnée à cette névrose par sir J. Paget, l'éminent chirurgien anglais. Ses déterminations sur le système cérébro-spinal sont tellement variées qu'elles pourraient conduire à l'erreur un observateur inexpérimenté dans la matière, surtout dans les cas particuliers où la maladie semble produire ses effets sous l'influence d'une affection antérieure ou intercurrente. C'est ainsi qu'il faut bien savoir que l'hystérie, jusqu'alors latente, n'attend souvent qu'une occasion pour se manifester, et cette occasion lui est fréquemment fournie par des maladies infectieuses : pneumonie, fièvre typhoïde ; par des intoxications comme l'alcoolisme, le saturnisme ou l'hydrargyrisme ; par des traumatismes comme l'a si bien montré autrefois B. Brodie, et comme, de nos jours, par une série d'études qui datent de plus de 10 ans l'a définitivement établi M. Charcot ; pour la syphilis enfin comme dans le cas que nous allons analyser. Toutefois, de ce que le saturnisme, par exemple, a été le révélateur de l'hystérie doit-on dire et croire pour cela que l'on se trouve en présence d'une *hystérie saturnine*. Certainement non, car l'hystérie du saturnin est la même que l'hystérie de l'alcoolique, ou d'un névropathe non intoxiqué. Le plomb intervient comme cause provocatrice et rien de plus, et si l'intoxication peut quelquefois—comme nous allons le voir—fixer la forme et le siège de la manifestation, elle n'en change pas la nature, pareille en cela au traumatisme qui, de quelqu'endroit qu'il vienne, et de quelque nature qu'il soit, intervient toujours de la même manière. Dix individus seront simultanément frappés d'un violent coup sur l'épaule, un seul d'entre eux aura une monoplégie hystérique parce que lui seul est hystérique en puissance ; de même qu'un alcoolique ou un saturnin sur dix, par exemple, pourront présenter des manifestations convulsives à l'occasion d'un excès de boisson ou de l'absorption d'une dose plus considérable de poison. Mais l'hystérie de tous les trois, du traumatisé, du saturnin ou de l'alcoolique restera identiquement la même : seule la localisation pourra peut-être différer et la forme de certains accidents marqueront la part, assez limitée du reste, qu'il convient de faire dans la symptomatologie de l'hystérie à l'influence de la cause provocatrice.

Le malade, présenté par M. Charcot et qui est actuellement âgé de 28 ans, contracta la syphilis à 18 ans et la soigna fort mal. Le 1er janvier 1884, en rentrant chez lui, il tomba subitement privé de connaissance. Lorsqu'il revint à lui on constata qu'il était atteint d'hémiplégie et d'hémianesthésie droite avec contracture, non seulement des muscles du bras et de la jambe, mais encore de la langue dont *la pointe recourbée s'appliquait avec force contre les molaires droites*. Quelques jours après survenaient des céphalées nocturnes partant d'un point pour irradier dans le voisinage, et un peu plus tard des convulsions d'apparence épileptiforme. Naturellement, le mercure et l'iodure furent largement employés, car le malade fut soigné alors par un syphiliographe des plus expérimentés ; mais si la paralysie parût s'amender elle ne guérit jamais complètement, entrecoupée qu'elle fut par deux autres attaques apoplectiformes, pas plus du reste que les céphalées qui persistent encore aujourd'hui *avec leur caractère nocturne*.

Se trouvait-on en présence d'accidents syphilitiques? On le crut tout au moins, à ce qu'il semble, jusqu'au jour où M. Charcot entreprit de démontrer le contraire en se basant sur un ensemble de signes parfaitement caractéristiques d'ailleurs. Il fit remarquer que l'hémiplégie, en outre qu'elle est marquée par une diminution très accentuée des notions dites du sens musculaire, s'était accompagnée d'hémianesthésie complète, phénomène rare dans les lésions organiques, au point que les nouvelles observations publiées récemment (1) par M. Ferrier à la Société de médecine de Londres et suivies d'autopsie peuvent être considérées comme une véritable bonne fortune ; que, de plus, les phénomènes qui s'étaient passés du côté de la langue étaient d'ordre spasmodique et non paralytique ressortissant ainsi de bien près au *spasme glosso-labié des hystériques* par lui récemment décrit ; que les crises convulsives survenues entre temps offraient, pour un œil attentif et expérimenté, les caractéristiques des attaques de l'hystérie masculine.

Mais on pouvait répondre que l'hémianesthésie n'est pas rare chez les syphilitiques, surtout à la deuxième période de l'affection. M. Fournier (2) n'avait-il pas rapporté de nombreux exemples de cette « anesthésie syphilitique ». Certainement, mais il faut savoir aussi que M. Fournier ne l'a trouvée que chez les femmes, plus souvent hystériques que les hommes, que la syphilis, par les préoccupations et les ennuis qu'elle apporte, surtout à la période secondaire de son évolution, favorise singulièrement l'apparition de la névrose chez les prédisposés ; que pour toutes ces raisons, et beaucoup d'autres encore, il fallait donc — de concert avec M. Pitres dans son récent ouvrage sur les *Anesthésies hystériques* (3) — mettre l'anesthésie supposée produite par la syphilis uniquement sur le compte de l'hystérie.

(1) Analyse d'une leçon clinique faite par M. Charcot le 1er novembre 1887. Cette leçon comprenant l'observation complète du malade sera publiée dans un des prochains numéros du *Morgagni*, de Milan.

(1) Voir *Semaine médicale*, 21 novembre 1887.

(2) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. I, 1889 et *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, p. 783, Paris, 1877.

(3) Bordeaux, 1887.

Mais, puisqu'il fallait distraire de la syphilis les attaques dites d'apoplexie qui ne sont qu'une variante des *attaques de sommeil* (1) — l'hémianesthésie, les crises dites épileptiformes, en était-il aussi de même de ces céphalées à caractère nocturne simulant, à s'y méprendre, la céphalée syphilitique? Certainement oui, et pour des raisons péremptoires. D'abord parce qu'avec la céphalée était apparue une hyperesthésie telle du cuir chevelu que le malade ne pouvait supporter le moindre frôlement, phénomène hystérique de premier ordre qui dans tous les cas n'a rien à faire avec la syphilis. Deuxièmement, parce qu'un traitement parfaitement dirigé par d'habiles syphiliographes n'avait pu avoir raison d'accidents qui cèdent d'ordinaire facilement à semblable médication.

Cependant, il y avait tout lieu de penser que le terrain sur lequel évoluait l'hystérie n'avait pu être indifférent à la localisation phénoménale de la névrose. Peut-être, un jour, avait-il existé une céphalée syphilitique promptement guérie par le traitement, et la céphalée hystérique s'était-elle substituée à la céphalée spécifique depuis longtemps disparue en évoquant, pour les faire revivre à ses propres frais, les souvenirs laissés et imprimés dans le cerveau par sa devancière, suivant le mécanisme de l'*auto-suggestion*.

A ce propos, M. Charcot citait une observation très étudiée et extrêmement intéressante de M. Potain (*Bullet. médic.*, 4 sept. 1887) relative à un saturnin porteur d'une paralysie des extenseurs du bras droit. Mais ce saturnin était aussi un hémianesthésique et les muscles paralysés ne fournissaient aucune trace de la réaction de dégénérescence: C'était donc bien—comme l'établit M. Potain — d'une paralysie hystérique des extenseurs chez un saturnin dont il s'agissait et non d'une paralysie saturnine légitime. L'hystérie évoluant chez un saturnin avait pris quelques-unes des allures du saturnisme; de même, dans le cas actuel, empruntait elle la marque de la syphilis et rien de plus. L'hystérie où qu'elle se trouve ne change pas d'essence; il n'y a pas une hystérie saturnine, une hystérie alcoolique ou une hystérie typhoïdique, ni même une hystérie traumatique, du moins dans l'acception rigoureuse du mot; il existe seulement des manifestations de l'hystérie chez les saturnins, chez les alcooliques ou chez les traumatisés, etc., etc. La graine germe plus ou moins bien, pousse des rameaux dans tel ou tel sens, suivant le terrain, mais elle reste toujours elle-même, c'est-à-dire une, et si le terrain lui imprime parfois un certain cachet elle n'en garde pas moins toujours sa physionomie propre, particulière, que sauront toujours retrouver ceux qui la chercheront avec quelque attention. C'est ce qu'a, du reste, parfaitement reconnu M. le professeur Potain dans une leçon publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, le 14 avril 1887, et où il s'agit de l'hystéro-épilepsie chez un syphilitique. « Le malade en question, dit-il, était hystérique de par lui-même.... La vérole a donné le branle-bas aux troubles nerveux, à l'hystéro-épilepsie dont il est atteint » et c'est tout.

Conformons-nous donc, en manière de conclusion, au précepte de l'Ecole. « Il ne faut pas, sans nécessité, multiplier les espèces. »

(1) Ces attaques ont été bien décrites par MM. Bourneville et Regnard dans *l'Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III, 1879.

REVUE CRITIQUE

CARDIOCENTÈSE

Ponction des cavités du cœur et en particulier des cavités droites (*suite*) (1);

Par I. BRUHL, interne des hôpitaux.

III. *Manuel opératoire.*

Nous pouvons être très bref sur cette question. En effet, les discussions ont surtout porté sur le choix de la cavité à ponctionner, c'est-à-dire sur le lieu de la ponction. Nous reviendrons avec détail sur ce point. L'opération se poursuit d'ailleurs comme dans une ponction aspiratrice simple. Certaines précautions, cependant, sont indispensables.

L'*aiguille* doit être longue, de façon à pouvoir pénétrer facilement dans l'intérieur de la cavité, soit du ventricule, soit de l'oreillette. — On a proposé certaines modifications à l'aiguille tubulée de M. le Pr Dieulafoy, de façon à éviter que la pointe de l'aiguille ne déchirât la paroi opposée du cœur. Mais comme l'aiguille doit présenter un certain calibre on pourrait, à la rigueur, se servir d'un petit trocart capillaire avec sa canule. L'aiguille aura au moins un millimètre et demi de diamètre, de façon à permettre au sang un écoulement assez rapide; on préviendra ainsi la formation de caillots dans la canule. D'autre part l'opération sera faite le plus promptement possible, de façon à éviter la formation de caillots dans le cœur. L'introduction de l'aiguille, une fois la paroi thoracique traversée, doit être très rapide et se faire quasi en un temps; l'aiguille perforera ainsi simultanément la paroi auriculaire (si c'est l'oreillette que l'on veut ponctionner) et le feuillet pariétal du péricarde. La *méthode aspiratrice* paraît convenir essentiellement à la cardiocentèse. En effet, la pression du sang dans l'oreillette normale paraît insuffisante pour produire un écoulement rapide du sang. Cette pression est encore moindre dans un cœur distendu; en effet, comme tout muscle creux surdistendu un cœur dilaté se contracte mal. De plus, la ponction avec le trocart sans aspiration pourrait amener l'entrée de l'air dans le cœur et déterminer la mort.

Quant à la *quantité de sang* à retirer, la question ne peut encore être résolue définitivement. Cependant les partisans de la cardiocentèse sont d'accord pour dire que le sang dont on débarrasse le cœur représente six à huit fois la quantité de sang d'une saignée ordinaire. Comme on l'a vu dans les observations que nous avons résumées, cette quantité a varié de quelques grammes à près d'un litre de sang.

Ceux qui ont eu l'occasion de pratiquer cette opération ne donnent pas de détails sur la *position* à donner au malade; elle pourrait cependant avoir son importance. Il est probable que le malade était couché, ou plutôt dans la position demi-assise, qui est usuelle dans la paracentèse du péricarde et dans la thoracentèse.

Les *suites* de l'opération sont absolument simples. Si au niveau de la peau il y avait un suintement sanguin à l'endroit de la piqûre on essuierait avec soin la petite plaie que l'on recouvrirait de collodion. Quelquefois même cette précaution est inutile.

Où faut-il pratiquer la cardiocentèse ?

Pour résoudre cette question, il est indispensable de connaître d'une façon précise non seulement les rapports

(1) Voir *Progrès médical*, nos 49 et 50.

du cœur considérés dans leur ensemble, mais les rapports de chaque cavité cardiaque. Les premiers sont bien indiqués dans les auteurs classiques, mais les seconds ne sont décrits nulle part d'une façon complète.

Luschka, dans un mémoire, M. le professeur Jaccoud, dans ses *Cliniques* (1), délimitent les cavités cardiaques droites, comme suit :

1° L'oreillette droite, située derrière le sternum, dont elle dépasse le bord droit de 2 centimètres, s'étend du milieu de la portion sternale du deuxième espace intercostal droit à la cinquième articulation synchondro-sternale ;

2° Le ventricule droit, qui forme en avant la plus grande partie du cœur présente une portion rétro-sternale et une portion extra-sternale. La première, qui est le tiers du ventricule, s'étend de l'extrémité sternale du troisième cartilage gauche, à la base de l'appendice xyphoïde. La portion extra-sternale va du milieu de la portion antérieure du deuxième espace intercostal gauche à la cinquième ou à la sixième articulation synchondro-costale. Le cône d'où émerge l'artère pulmonaire remonte le long du bord gauche du sternum du milieu du troisième espace, au milieu du second espace intercostal.

Luschka dit, en résumé, qu'à droite de la ligne médiane se trouvent l'oreillette droite, moins son auricule, et la moitié droite de l'oreillette gauche. Le ventricule à l'état normal ne déborde guère le bord droit du sternum.

Les rapports du cœur, tant à l'état physiologique qu'à l'état pathologique, ont été étudiés avec un soin particulier par Reynold (2) qui les a longuement exposés dans son ouvrage intitulé : *A system of Medicine*. Il serait très utile pour ceux qui cherchent une description précise de se reporter à cet ouvrage. Nous lui empruntons les quelques données suivantes :

Le ventricule droit, à l'état normal, est situé pour les quatre cinquièmes à gauche de la ligne médiane, c'est-à-dire qu'il ne dépasse guère que de 4 centimètres la ligne médiane à droite, soit de 2 à 3 centimètres le bord droit du sternum. Sa longueur varie de 6 à 11 centimètres ; sa largeur représente les deux tiers de celle de la face antérieure du cœur. D'après Reynold, le bord inférieur du cœur droit descend à 1 centimètre au-dessous de l'extrémité inférieure du sternum. En hauteur, il s'étend du troisième au sixième cartilage costal gauche. Dans les cas de dilatation du cœur, les rapports varient beaucoup, et il n'est pas rare, dans les cas de surdistension du cœur droit, de constater que le cœur déborde également la ligne médiane du corps à droite et à gauche. D'où on peut conclure que pour atteindre le ventricule droit d'un cœur sain, il est plus sûr de ponctionner à gauche du sternum, dans le quatrième ou cinquième espace intercostal ; c'est le lieu d'élection de la paracentèse péricardique ; on conçoit aussi qu'une piqûre accidentelle du cœur à ce niveau ait atteint le plus souvent le ventricule droit. Si le cœur est distendu et qu'une grande surface du ventricule s'étende à droite de la ligne médiane, rien ne s'oppose à ce qu'on fasse cette piqûre à droite. Cependant les auteurs sont loin d'être d'accord sur la cavité à ponctionner ; le ventricule est facile à trouver, ses parois musculaires sont épaisses d'environ 5 millimètres ; elles semblent devoir favoriser l'oblitération rapide du passage creusé par le trocart, et, de ce chef, mettre le malade à l'abri d'un hémopéricarde, fait qui a été confirmé par les expériences de Steiner. Mais à côté de ses avantages, il existe un certain nombre d'inconvénients sur lesquels ont particulièrement insisté les partisans de la ponction de l'oreillette. Nous ne pouvons passer sous silence le mémoire de Westbrook (1). Nous résumerons les considérations surtout anatomiques qu'il développe en faveur de la ponction auriculaire.

D'une façon générale, l'oreillette normale est recouverte par une languette pulmonaire, qui la sépare des cartilages costaux et du sternum ; elle devient cependant superficielle quand il y a épanchement péricardique ou dilatation du cœur. Sa longueur varie de 3 à 10 centimètres. Sa largeur moyenne est 7 centimètres (Reynold). Comme on le voit, ses dimensions sont très variables. Son épaisseur ne l'est pas moins ; de 3 millimètres en certains points, elle se réduit à 1 millimètre 1/2 en d'autres. L'oreillette droite est la partie la plus accessible à la ponction, d'après Westbrook. Sa position est plus fixe que celle du ventricule. Sa cavité est aussi plus grande dans le sens antéro-postérieur, ce qui permet la pénétration d'un instrument dans cette cavité, sans crainte d'atteindre la paroi postérieure. Les parois sont plus minces que celles du ventricule, ne présentent ni colonnes charnues ni muscles papillaires, mais sont très élastiques. Les rapports de l'oreillette varient avec les diverses conditions de l'appareil respiratoire et circulatoire. Seul, son rapport avec l'artère mammaire interne paraît à peu près constant.

L'oreillette droite dépasse le bord droit du sternum d'une même longueur dans les troisième et quatrième espaces intercostaux. Les dimensions antéro-postérieures varient beaucoup avec le degré de distension de la cavité, avec l'état du cœur gauche et celui des poumons. Les dimensions transversales augmentent aux dépens des dimensions antéro-postérieures, quand le cœur droit est distendu, comme cela arrive dans les cas de mort par coma ou par asphyxie.

La veine mammaire interne droite, qui est en dedans, c'est-à-dire à gauche de l'artère, est située d'une façon presque constante à 1 centimètre en dehors du bord droit du sternum. Donc, en ponctionnant très près du sternum, on évite la veine, et, à plus forte raison, l'artère mammaire interne. Enfin, comme l'a montré M. le Pr Farabeuf, il ne faut pas oublier que le bord antérieur du poumon droit dépasse presque toujours la ligne médiane, d'où il est permis de conclure qu'un instrument plongé directement d'avant en arrière, dans le troisieme ou le quatrième espace intercostal, près du bord droit du sternum, perforera successivement les deux feuillets de la plèvre comprenant la lame pulmonaire, le péricarde, et pénétrera dans la cavité auriculaire.

Ces rapports peuvent cependant être modifiés si le cœur a subi une déviation quelconque, dont la cause la plus commune est un épanchement pleural. Le troisième espace intercostal, d'après Westbrook, est préférable au quatrième pour diverses raisons. Cet espace est plus large que le quatrième, et permet un passage facile à l'instrument ; de plus, le quatrième espace pourrait conduire sur l'orifice auriculo-ventriculaire et léser la valvule tricuspide ; enfin le sillon auriculo-ventriculaire droit, logeant l'artère coronaire, qui y rampe, croise souvent le quatrième espace ; une piqûre à ce niveau exposerait donc à la blessure de l'artère coronaire, c'est-à-dire à un hémopéricarde rapidement mortel. On a eu, d'ailleurs, l'occasion de constater cette complica-

(1) JACCOUD. *Clinique médicale* 2e édition, 1869).
(2) REYNOLD. *A System of Medicine*, t. IV, 1877.

(1) *Medical Record de New-York*, 22 décembre 1882, p. 706.

tion. Fischer (1), dans la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* (1880), rapporte l'histoire d'un malade mort sous le chloroforme. Pour le ranimer, après avoir épuisé la série des moyens usuels, on eut recours à l'électro-puncture du cœur, qui, d'ailleurs, resta sans résultat. A l'autopsie, on trouva un hémopéricarde abondant, dû à une perforation de l'artère coronaire. L'instrument, introduit dans le 4e espace intercostal, peut quelquefois déterminer une piqûre des ganglions intra-cardiaques, soit celui de Remak, situé près de l'embouchure de la veine cave, soit surtout celui de Ludwig, situé à la partie inférieure de la cloison interauriculaire. Tout récemment Kronecker (2) a décrit chez les animaux un point très restreint dans les ventricules, dont la piqûre détermine l'arrêt irrémédiable des mouvements ventriculaires. D'après son travail lu à la *Société de médecine interne de Berlin* le 26 mai 1884, ce point correspond à l'entrecroisement des voies d'innervation, et sert de centre de coordination des mouvements des ventricules. Il répond à l'insertion des premiers filets tendineux de la valvule auriculo-ventriculaire gauche ; il est situé à la partie inférieure du tiers supérieur de la cloison interventriculaire et à 1 centimètre de profondeur au-dessous de la branche antérieure de l'artère coronaire. Ce point existe-t-il aussi chez l'homme ? Il est impossible de répondre actuellement à cette question. — En résumé, le troisième espace semble conduire facilement sur l'oreillette; par lui, il semble possible de se mettre à l'abri des complications anatomiques.

La *physiologie* autorise-t-elle aussi la piqûre de l'oreillette ? Qu'arrive-t-il, en général, quand on pique le cœur ? Le plus souvent cette piqûre est suivie pendant quelques instants de palpitations et d'une accélération des battements du cœur ; puis tout rentre dans l'ordre. Les vétérinaires ont pu, dans leurs autopsies, constater bien souvent des cicatrices anciennes du cœur. Les expériences très nombreuses ont permis d'affirmer que le cœur est un organe beaucoup moins sensible aux excitants mécaniques qu'aux influences nerveuses. Steiner (3), dans un long mémoire inséré dans les *Archives de chirurgie clinique* (Berlin, 1870), tire les conclusions suivantes de ses nombreuses expériences :

La piqûre du cœur avec une aiguille fine est, pour lui, sans danger et sans douleur. La piqûre du ventricule n'est pas dangereuse, à la condition de ne pas maintenir l'aiguille : il faut que l'aiguille puisse exécuter librement les mouvements qui lui sont communiqués par le cœur. On prévient ainsi la déchirure du myocarde. Au bout de quarante-huit heures, le plus souvent, il est impossible, à l'autopsie, de retrouver trace de la piqûre. Si des mouvements intempestifs sont communiqués à l'aiguille ou si on l'empêche de suivre les mouvements du cœur, il peut survenir de la péricardite et de la myocardite. Pendant que l'aiguille est dans le ventricule, il ne se fait pas d'hémorrhagie. On retire l'aiguille, il suinte quelques gouttes de sang, surtout pendant la systole. La piqûre des oreillettes est plus dangereuse ; elle détermine une hémorrhagie intense, persistante, tant diastolique que systolique. La piqûre d'une artère coronaire détermine le plus souvent un hémopéricarde mortel. Quant aux déchirures du myocarde, elles sont le plus souvent d'une extrême gravité. Steiner établit ainsi l'innocuité relative des piqûres du cœur, leur action stimulante sur les contractions cardiaques et termine son mémoire en proposant l'électro-puncture du cœur dans certaines syncopes, plus particulièrement dans celles qui surviennent pendant la chloroformisation. A ce point de vue, la piqûre étant considérée comme un excitant mécanique, Steiner propose de faire la ponction dans le cinquième espace intercostal gauche à 3 centimètres du bord gauche du sternum. Avant lui, Cloquet, Legros et Onimus, Bouchut, avaient déjà entrepris des recherches expérimentales sur l'acupuncture et avaient également constaté l'innocuité de ces interventions. Tout récemment, Watson (1), dans le *Journal of the American medical Association* (1887), a repris les expériences de Steiner, en se plaçant également au point de vue de la syncope chloroformique. Sur 60 expériences, 38 fois, on ponctionna le ventricule droit, 9 fois cette intervention fut couronnée de succès. L'auteur conclut comme Steiner que les ponctions du cœur ne sont pas dangereuses en elles-mêmes, et que la ponction agit surtout en excitant la contractilité du muscle cardiaque.

L'anatomie nous montre donc la possibilité d'arriver sur le cœur droit, soit ventricule, soit oreillette. La physiologie nous enseigne que les ponctions du cœur sont bien tolérées. Nous autorise-t-elle à préférer la ponction de l'une des cavités à celle de l'autre ?

Le sang est à une pression bien différente dans les cavités cardiaques ; cela tient d'abord à la musculature faible de l'oreillette, énorme du ventricule, ensuite au rôle fort différent que jouent ces deux cavités dans le mécanisme de la circulation. L'oreillette est un véritable réservoir pour le sang ; c'est un vestibule « *Vorhof* » des auteurs allemands. D'autre part, c'est aussi un régulateur de la circulation. Une ponction simple de l'oreillette donnerait-elle issue à une quantité notable de sang ? Il est permis d'en douter. Il est vrai qu'actuellement la méthode aspiratrice se substitue au muscle auriculaire. Quand on a affaire à un cœur distendu, la puissance musculaire de l'oreillette est encore diminuée et l'aspiration s'impose.

Dans le ventricule, au contraire, le sang est à une pression bien plus considérable ; aussi l'écoulement se fait-il facilement à travers une canule, même sans aspiration. C'est ce qu'il a été donné de constater dans la plupart des ponctions accidentelles du cœur. D'autre part, le ventricule agit à la manière d'une pompe ; or, en vidant l'oreillette, on diminue de peu le travail mécanique du ventricule droit.

Il semble donc plus rationnel de vider le ventricule droit ; mais surtout, disposant de la méthode aspiratrice, on peut agir sur l'une ou l'autre cavité. D'ailleurs, dans certains cas pathologiques rares, qui semblent justiciables de la cardiocentèse, les auteurs ont noté une insuffisance tricuspidienne telle, que le ventricule et l'oreillette ne formaient plus qu'une seule cavité.

S'il est vrai qu'une piqûre du cœur est peu dangereuse, le séjour prolongé d'un corps piquant dans le cœur peut donner lieu à des symptômes alarmants. Nous trouvons dans l'*Edimbourg medical Journal* (2) le récit d'une tentative de suicide par transfixion cardiaque chez une aliénée.

Un soir, le médecin de service fut appelé auprès d'elle pour une maladie à début brusque, voici ce qu'il constata : perte de connaissance, pâleur, peau froide et recouverte d'une sueur visqueuse, dilatation des pupilles, mais pas de déviation conjuguée ; la tête était animée d'un mouvement de rotation ; le pouls était très faible, 78 pulsations à la minute ; hémiplégie gauche,

(1) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* (1880, t. XII).
(2) *Semaine médicale* 26 juin 1884).
(3) *Archiv de Chirurgie clinique* 1870).

(1) *Journal of the American medical Association* (1887).
(2) *Edimbourg medical Journal* (mars 1884).

quelques vomissements. A la palpation de la région précordiale, le médecin trouva dans le point correspondant à la pointe du cœur une boule du volume d'une châtaigne ; c'était la tête d'une épingle de 10 centimètres de long que la malade s'était enfoncée ; l'épingle était dirigée légèrement en dedans et en haut. On retira l'épingle et on prescrivit quelques stimulants; aussitôt l'action du cœur devint plus énergique, la malade reprit bientôt connaissance ; au bout d'une heure, la paralysie avait disparu ; le pouls était à 108. Un peu de dypsnée et une légère douleur au niveau de la piqûre persistèrent encore quelques jours ; puis tout revint à l'état normal.

On est donc en droit d'accepter que la piqûre du cœur, dans l'immense majorité des cas, est peu dangereuse par elle-même ; mais il importe de ne pas prolonger le séjour de l'aiguille dans le cœur plus longtemps qu'il n'est rigoureusement nécessaire de le faire. On peut ponctionner l'une ou l'autre cavité cardiaque ; l'oreillette doit être ponctionnée de préférence par le 3[e] espace intercostal, près du bord droit du sternum, le ventricule doit l'être par le 4[e] ou 5[e] espace intercostal gauche, près du bord gauche du sternum. (*A suivre*).

De l'audition colorée (*suite*) (1) ;

Par J. BARATOUX.

Pour toute personne possédant l'*audition colorée*, chaque sensation acoustique, bruit, son, voix, accords, etc., se traduit par une couleur rouge, jaune, verte, bleue, etc.

Un *bruit* quelconque détermine une image colorée qui est sombre, grise ou brune, indéterminée pour ainsi dire, comme le bruit qui l'a produite. C'est ainsi que le bruit du canon au loin n'éveille guère qu'une sensation lumineuse sans couleur. Mais dès que le bruit est intense, la couleur paraît plus claire, sans cependant changer de nuance ; s'il devient sifflant, et de plus en plus aigu, la sensation chromatique passe tour à tour sur le jaune, le gris et le bleu, suivant la cause qui l'a produite. Le D[r] Grazzi a rapporté un fait curieux que le D[r] Franceschini a observé chez une hystérique ayant eu précédemment des troubles de l'œil et de l'oreille. Lorsqu'elle était à sa fenêtre, si elle entendait le bruit d'une voiture, elle percevait immédiatement une coloration verte. Ughetti a cité aussi l'observation d'une personne qui voyait passer du rouge sombre au rouge le plus vif l'image résultant du sifflet des bateaux à vapeur dont le timbre était aigu et métallique, et du rouge au blanc celle provenant du sifflet des locomotives, etc. Dans ce dernier cas, si la couleur n'est plus unique, c'est que les sifflets des machines ont une plus grande variation dans leurs modulations.

Les instruments de musique déterminent aussi une coloration spéciale pour chacun d'eux. Ainsi chez le professeur de rhétorique de Pedrono, le son de la clarinette est rouge, celui du piano bleu, celui de l'harmonium jaune. Le docteur observé par Bareggi perçoit le son de la trompette en rouge, celui de la clarinette et de la flûte en jaune, celui du violon en bleu, celui du violoncelle et de la basse en violet. Chez le sujet d'Ughetti le son de la flûte est rouge, le son de la clarinette est jaune; celui de la trompette et de la guitare est jaune d'or et celui du piano, blanc. M. P..., dont l'observation est rapportée par M. de Rochas, dit que la grosse caisse correspond au chocolat, la trompette au jaune brillant, le hautbois, la flûte et le piano aux divers tons du bleu, le violon et le sifflet au noir d'autant plus accentué que le son est plus criard et plus aigu; la guitare est d'un gris terne. Enfin, l'aveugle du D[r] Grazz voit en rouge le son de la trompette.

Lorsqu'on joue les notes de la gamme sur un instrument, l'image devient d'autant plus brillante que la note est plus élevée et d'autant plus sombre qu'elle est plus basse. C'est ainsi que le docteur d'Ughetti voit le son de la flûte devenir rouge sombre dans les notes graves et rouge vif dans les notes aiguës.

Certains sujets accusent même une couleur différente pour chaque note de la gamme, mais toutefois il ne leur est pas possible de donner la couleur de chaque note, note par note, sur un instrument ; en effet, les notes voisines se ressemblent assez entre elles pour fondre leurs couleurs. Ils peuvent cependant accuser une couleur marron pour les notes basses et une teinte jaune ou blanche pour les notes aiguës.

Un accord parfait provoque des mélanges colorés qui se confondent de manière à ne former qu'une couleur quand l'accord est parfait. Sur le sujet du D[r] Pedrono, l'accord en fa majeur produit une couleur jaune, celui en la mineur une teinte violette. On ne constate pas cependant une relation entre les couleurs éveillées par les tons majeurs et les tons mineurs correspondants. Lorsque l'accord est dissonnant, certaines couleurs se détachent alternativement pour prédominer chacune à leur tour au fur et à mesure qu'elles sont produites.

Le ton ne semble pas avoir d'action sur la formation de l'image, car si l'on transpose un morceau de musique d'un ton dans un autre, la couleur sera d'autant plus brillante que le ton sera plus élevé. Ajoutons encore que les notes dièzées sont plus vives que les notes bémolisées.

La *parole* se traduit ordinairement par une couleur peu accentuée qui est toujours la même pour chaque personne. C'est la couleur bleue que l'on trouve le plus fréquemment, puis le jaune et le rouge, les voix vertes sont rares. Les variations dans la teinte fondamentale sont dues aux voyelles qui produisent une sensation colorée d'autant plus brillante qu'elles sont plus élevées dans la série des harmoniques. Aussi l'u produit-il la couleur la plus sombre, l'i et l é les colorations les plus éclatantes et l'a et l'o des couleurs intermédiaires.

Dans certains cas, la parole ne se traduit plus par une couleur uniforme avec reflets plus ou moins brillants, mais par une série de colorations dues aux teintes propres de chaque voyelle, teintes qui varient pour chaque lettre. C'est ainsi que nous avons vu, dans la statistique allemande, que l'a était noir, l'i rouge et l'o blanc. Le malade de Chabalier voyait que l'a était noir, l'e gris, l'i rouge, l'o blanc. Le docteur d'Ughetti disait que l'a était noir, l'é jaune, l'i rouge, l'o blanc. Le docteur Lauret a rapporté que ses sujets voyaient l'a rouge, l'é jaune, l'i noir, l'o blanc et l'u bleu, ou bien l'a noir; l'e bleu de ciel clair, l'é ou l'ê jaune paille sale à café au lait, l'i blanc d'argent, l'o rouge et l'u bleu verdâtre. M. de Rochas a cité : 1° le cas d'un ingénieur qui trouvait l'a rouge, l'é blanc, l'i noir, l'o brun foncé, l'u gris de fer; 2° celui d'une dame de Blois qui avait l'a bleu jaunâtre, l'e blanc, l'i noir, l'o rouge vif et l'u gris bleu ; 3° celui de M. P..., qui dit que l'a est carmin foncé, l'é blanc, l'i noir, l'o jaune et l'u bleu d'azur.

J'ai rencontré aussi un jeune avocat qui accuse les couleurs suivantes : l'a est rouge, l'é jaune, l'è blanc, l'i noir et l'u vert ; il ne désigne aucune couleur pour l'o.

Quant aux consonnes, à part les sifflantes, elles ne se traduisent que par une très faible sensation colorée qui

(1) Voir *Progrès médical*, n° 50.

se teint des voyelles auxquelles elles sont accolées pour former une syllabe. L's, placé à la fin du mot et se prononçant en sifflant donne souvent un reflet métallique à la syllabe qui le précède. L'm et l'n terminant un mot modifient aussi parfois la teinte de la voyelle précédente.

Tantôt les diphtongues ont une couleur propre comme chez l'ingénieur de M. Rochas, ou l'ou est bleu marine et l'eu jaune, ou comme chez le Dr d'Ughetti où l'ou est café; tantôt elles donnent une impression colorée tenant le milieu entre les couleurs des différentes voyelles composant le son : ai, ei, eu, oi et ou sont marron, blanc, légèrement gris, bleu clair, jaune un peu sali par le noir et amadou chez M. P... L'on voit donc que la couleur des diphtongues est formée par la coloration des deux voyelles qui forment leur son.

De même les syllabes ont une couleur due partie au gris foncé, teinte des consonnes de M. P... et partie à l'image colorée produite par les différentes voyelles; ainsi : ba, ca, da, sont gris foncé; bi, ci, di, sont gris noir; bo, co, do, gris jaune, etc.

Les mots tirent aussi leurs couleurs des lettres qui les composent. Cependant il est des cas où, comme chez le sujet d'Ughetti, la rapide succession des mots empêche de percevoir distinctement la couleur afférente à chaque voyelle. Cependant quand les voyelles se rencontrent plusieurs fois dans le même mot, elles donnent à celui-ci la coloration des voyelles composantes : Ballata paraît noir ; horoscopo, blanc ; névé, jaune ; liri, rouge ; maï, noir et rouge.

Il existe encore un certain nombre de sujets qui trouvent que chaque voix possède une teinte uniforme sur laquelle se détacherait la couleur propre de chaque voyelle. Ce serait en somme une combinaison des deux espèces précédentes.

Quelques personnes ont la propriété de donner des couleurs aux chiffres que l'on prononce devant eux. Tel est M. P. Pour lui, 1 est noir, 2 gris-bleu. 3 jaune, 4 gris, légèrement jaune, 5 chocolat foncé, 6 carmin, 7 bleu, 8 rouge rosé, 9 blanc, 0 jaune. Les nombres composés donnent des couleurs qui ne sont autre que l'assemblage de celles produites par les chiffres composants. Ainsi 367 est jaune, carmin et bleu. Mais lorsque le nombre est composé d'un chiffre suivi d'un ou de plusieurs zéros, la couleur du premier chiffre apparait seule, quelquefois teintée de jaune. Ainsi 10 est noir, comme 1 ; 9, 90, 900 sont blancs.

Une dame citée par M. Rochas rapporte qu'elle voit 0 et 1 blanc rayé de noir, 2 et 7 jaune vif, 3 lilas tournant au violet, 4 bleu, 5 rose, 6 rouge, 8 vert foncé et 9 brun café.

L'*Intermédiaire des chercheurs et des curieux* dans ses numéros du 25 juin et du 25 septembre 1884 cite le cas de deux dames qui donnent des couleurs aux noms; mais ces couleurs ne sont pas les mêmes pour toutes les deux. M. de Rochas raconte qu'une autre dame voit Jean rouge-clair, Joseph bleu très foncé, Louis rouge, Louise bleu, Lucie jaune, Marius, Janus, Lucius et tous les noms en us verts.

L'ingénieur dont j'ai parlé plus haut colore les jours de la semaine : lundi est gris, mardi, samedi et dimanche rouge-foncé, mercredi et vendredi blanc, jeudi jaune.

C'est surtout dans le *chant* que la voix détermine une sensation bien caractérisée au point de vue chromatique.

Chez quelques personnes, comme M. P. par exemple, la couleur de la note énoncée est due à la voyelle qui la forme, ainsi do est jaune, ré blanc, mi noir; chez d'autres, tels que chez la dame citée par M. de Rochas, do est bleu rayé d'azur comme l'o ou les chiffres 0 et 1, ré rose comme é et 5, mi jaune vif comme i et 7, fa bleu comme à et 4, sol rouge comme i et 6, la lilas tournant au violet comme a et 3, si brun café comme u et 9.

Mais lorsqu'on chante les notes sur une voyelle terne, la coloration est la même que celle de la voix parlée. Cette coloration varie toutefois; elle devient d'autant plus vive que la voix s'élève.

Les voix graves ont une coloration plus sombre que les voix aiguës. M. P. dit que les voix graves lui paraissent en carmin foncé tirant sur le brun chocolat, les voix moyennes sont jaunes et les voix aiguës bleu cru. L'officier du Dr Lauret trouve que les notes basses ont une couleur marron foncé et les notes aiguës une coloration jaune paille et même blanche. Les frères Tubarchi ont aussi constaté que la voix de basse profonde est noire, celle de baryton brun-foncé, celle de ténor marron-clair, celle de contralto brun-clair, celle de mezzo orangée et celle de soprano rouge.

Dans un chœur, les voix conservent leurs couleurs particulières; cependant certaines d'entre elles sont plus éclatantes; celles-ci appartiennent aux chanteurs dont les voix sont dominantes. On ne trouve pas deux couleurs semblables dans les teintes des voix, de même qu'il n'existe pas non plus deux voix semblables; elles peuvent avoir une ressemblance, mais il y a toujours une légère différence.

A. Lauret fait remarquer qu'on peut aisément concevoir toutes les modifications que peut apporter dans ces perceptions colorées l'association de la voix chantée et de l'accompagnement du piano, par exemple.

Telles sont les observations que l'on a pu faire sur les différentes personnalités, ces règles existent-elles pour les diverses races?

Une des personnes douées de l'audition colorée, M. P. qui a l'avantage de parler plusieurs langues étrangères, a remarqué que celles-ci doivent leur teinte générale aux sons qui s'y représentent le plus fréquemment.

L'allemand, où domine les consonnes, est gris souris, l'anglais gris presque noir, le français gris tournant vers le blanc; l'espagnol est coloré en jaune et en carmin avec teintes vives papillonnantes et à reflets métalliques; l'italien est jaune, carmin et noir avec teintes douces plus harmonieuses.

Les différents types de voix colorée que nous venons de passer en revue peuvent être représentés au moyen d'une bande colorée répondant à la couleur générale de chaque voix. Les variations dans l'intensité de la coloration seraient déterminées par les voyelles; les lignes sombres correspondraient aux consonnes. Tel serait le tracé du premier groupe dont le professeur de rhétorique du Dr Pedrono nous donne un exemple remarquable.

Dans le deuxième groupe dont le type est M. P. observé par M. de Rochas, les couleurs de la bande seraient dues aux voyelles, tandis que les raies grises les séparant seraient produites par les consonnes.

Enfin le dernier groupe, combinaison des deux autres, serait représenté par une bande colorée, de laquelle se détacherait la couleur propre de chaque voyelle. C'est le cas de l'officier cité par le Dr Lauret.

Ces groupes, quoique ayant des caractères différents ont cependant des points de contact assez important pour que nous les fassions nettement ressortir. Dans le

premier groupe, c'est la bande en entier qui change de teinte pour chaque personne, tandis que dans la deuxième classe, ce sont les voyelles qui varient la coloration par chaque individu ; dans la troisième ce sont les couleurs des voix et des voyelles qui se modifient pour chaque sujet. On en conclut que c'est le *timbre* et conséquemment les harmoniques qui le constituent, qui détermine la couleur c'est ce que nous avions déjà remarqué pour les différents instruments de musique. Pour tous les sujets, l'*intensité* du son produit un effet remarquable sur la coloration. Si le son est fort la couleur est mieux caractérisée, s'il est faible, la teinte est moins tranchée. Comme le fait observer M. Pedrono, la couleur semble éprouver des mouvements d'oscillation rappelant les mouvements vibratoires de l'air. Quant à la hauteur du son, elle ne semble pas avoir d'action sur la production de l'image colorée du premier groupe. La teinte ne change pas, elle devient seulement plus ou moins brillante. Mais il n'en est pas moins vrai que si la voix d'une personne a toujours une couleur constante, les voix graves ont une coloration toute différente des voix aiguës. Nous avons vu, en effet, que les voix de basse étaient marron foncé, celle de ténor marron clair, celle de soprano rouge.

Dans les autres groupes, les sons bas donnent une teinte différente de celle des tons élevés, chez la même personne. Ainsi pour M. P..., les sons bas ont une teinte sombre où le rouge domine de plus en plus quand le son devient plus aigu. Si les vibrations augmentent, les couleurs perçues deviennent successivement jaunes, bleues et noires. Cette dernière n'est peut-être que la limite du violet, dit M. de Rochas, qui fait remarquer que M. P... voit les couleurs dans l'ordre de celles du spectre solaire en commençant par celles qui correspondent au plus petit nombre de vibrations lumineuses.

Toutes les autres personnes qui possèdent l'audition colorée ont des sensations inverses de celles de M. P..., c'est-à-dire que les sons graves sont bleus, verts ou même noirs, tandis que les sons aigus sont jaunes ou rouges. Peut-on donner de cette inversion l'explication qui a été mise en avant pour la vue ! On sait en effet que de nombreux savants pensent que l'enfant voit d abord les objets renversés ; ce n'est que plus tard, par l'expérience, qu'il arrive à rectifier ses premières impressions.

Du reste, c'est dès l'enfance que se développe cette faculté de l'audition colorée. Presque tous les sujets qui ont été interrogés répondent qu'ils ont toujours conservé intacte cette propriété curieuse. Il n'y a qu'une exception rapportée par M. de Rochas : c'est celle d'un ancien élève de l'École polytechnique qui l'a perdue vers l'âge de 30 ans, quand son système nerveux s'est calmé par la cessation des fatigues intellectuelles.

(*A suivre.*

AVIS AUX CHERCHEURS. — *Loi ayant pour objet l'institution d'un prix au profit de la personne qui découvrira un moyen pratique et usuel de déterminer, dans les spiritueux du commerce et les boissons alcooliques, la présence, et la quantité des substances autres que l'alcool chimiquement pur ou alcool éthylique.*—Un prix sera décerné à la personne qui trouvera un procédé simple et usuel pouvant être mis en pratique par les agents de l'administration pour déterminer, dans les spiritueux du commerce et les boissons alcooliques, la présence et la quantité des substances autres que l'alcool chimiquement pur ou alcool éthylique. L'Académie des sciences est chargée de déterminer les conditions dans lesquelles le prix devra être décerné, et de le décerner conformément au programme qu'elle aura arrêté.

COLLÈGE DE FRANCE. — Un décret transformant la chaire de droit de la nature et des gens au Collège de France en chaire de psychologie expérimentale et comparée, vient d'être promulgué.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La glande pinéale et le troisième œil des Vertébrés.

Nous avons décrit dans un précédent numéro (1) ce que l'on considère comme l'œil pinéal des *Protovertébrés*. Examinons maintenant cet organe chez les *Vertébrés* proprement dits.

En ce qui concerne le groupe des *Poissons*, et les plus inférieurs, c'est-à-dire les *Cyclostomes*, les recherches de MM. Peytoureau et Béard ont montré que chez l'Ammocète (2) l'œil pinéal n'est pas d'une organisation très élevée et qu'il porte des marques de dégénérescence, comme l'animal lui-même. Chez la Lamproie au contraire, cet œil revient à sa structure ancestrale. Il est assez rapproché de la peau, présente des cellules pigmentées, etc., etc. Il y a une rétine chez une espèce voisine, la *Myxine*. Cependant on considère cet œil comme ne devant aujourd'hui remplir aucun rôle physiologique. — Chez les *Poissons osseux*, plus élevés dans la série, l'épiphyse est bien plus dégénérée. Chez la Perche, par exemple, elle est considérablement modifiée. A un appareil primitivement de nature épithéliale succède (nous verrons comment) un organe de constitution de beaucoup plus complexe, rentrant dans ceux qu'à tort, du reste, on a appelés *glandes vasculaires sanguines*. Quoi qu'il en soit, « cette transformation n'exclut pas la possibilité que les ancêtres des Poissons actuels n'aient possédé jadis une épiphyse conformée de telle sorte qu'elle pût fonctionner comme œil. » Cette manière de voir semble confirmée et par ce que nous venons de voir pour la Lamproie, le plus ancien représentant du groupe des Poissons, et par ce que nous enseigne la paléontologie. M. Dollo (3) a émis en effet l'opinion, avec raisonnements à l'appui, que les Poissons placodermes du vieux Grès rouge sont sans doute des Vertébrés monophthalmes, puisqu'ils n'ont pas d'yeux latéraux; et qu'ils ont dû posséder un œil pinéal bien développé (4). Ils ont, pour cet auteur, précédé les espèces diophthalmes.

Passons, sans plus tarder, aux *Amphibiens*. A l'heure qu'il est, on connait, au point de vue qui nous occupe, trois types principaux. (Il est fort probable qu'on en découvrira d'autres un jour). 1° Chez les Urodèles (la Salamandre, par exemple), les choses se rapprochent beaucoup de ce qui existe chez la Lamproie ou même les larves d'Ascidies. 2° Chez la Grenouille (*Rana*) on trouve au sommet de la tête, sous une tâche de la peau, impaire, située entre les deux yeux, une sorte d'organe qui a

(1) Voir *Progrès médical*, n° 50.

(2) L'*Ammocète*, on le sait, est la larve de la Lamproie dont elle se distingue par l'absence des yeux latéraux et des organes genitaux. L'état adulte de la Lamproie constitue la phase *Petromyzon*. Il ne faut pas oublier qu'on regarde les modifications notés dans les différentes stades de la Lamproie comme se produisant sous l'influence de l'atavisme.

(3) DOLLO. — *Loc. cit.*

(4) L'existence de cet œil impair est prouvée par celle d'un trou orbitaire unique situé dans le plan médian, sur le sommet de la tête. Ce trou parait analogue à celui des Reptiles, dit trou pariétal ou *foramen parietale*; la suite montrera qu'il y a connexité, pour ces derniers animaux au moins, entre le développement de l'œil pinéal et du trou pariétal. Autrefois on pensait que l'œil impair de ces Poissons résultait de la fusion des deux yeux latéraux disparus (Cope), comme cela se passe pour certains monstres bien connus.

reçu le nom de *Glande frontale sous-cutanée* (*Dorndruse*). Ce n'est que la glande pinéale ou plutôt que le représentant de l'œil pinéal. L'épiphyse ici s'est développée hors du crâne, mais bientôt a été séparée de l'encéphale par suite de la disparition de son pédicule. Elle est devenue une sorte de vésicule close, sans connexions désormais avec le cerveau, n'a pas pris les caractères d'un œil, et s'est mise en relation avec l'épiderme (1). Donc, chez la Grenouille, c'est le pédicule qui s'est atrophié. 3° Chez la Rainette (*Hyla*), genre cependant très voisin, c'est le contraire qu'on observe : Il ne persiste que la portion correspondant au pédicule; la vésicule distale s'atrophie. M. Peytoureau fait remarquer avec raison que ces dispositions de la glande pinéale ne jettent que bien peu de lumière sur les fonctions primitives de l'épiphyse chez les Amphibiens et se demande si on peut être autorisé à dire qu'autrefois elle avait plus d'importance dans ce groupe. L'exemple du *Labirynthodonte*, Batracien fossile qui possède un large trou pariétal est pourtant assez probant, comme il en convient lui-même. Il aurait pu ne pas se borner à ce seul exemple et citer les types de toute la famille d'Amphibiens fossiles qui possède des os pariétaux entre lesquels se trouve un *Foramen parietale* très net, à savoir les *Stegocephala* (2) : *Branchiosaurus*, *Pelosaurus*, *Dolichosoma*, etc., etc.

C'est chez les *Reptiles* et plus particulièrement chez certains d'entre eux que la ressemblance de l'epiphys eavec un organe visuel est le plus prononcée ; actuellement même l'œil pinéal n'existe guère, à proprement parler, que chez les Lacertiens. — Si l'on examine avec attentoin la face supérieure de la tête du Lézard, si fréquent dans nos contrées (*Lacerta agilis*), on trouve, en arrière, une petite tâche arrondie, bordée d'une zone claire, placée sur une écaille spéciale, médiane, dite à cause de ses rapports avec les os du crâne, l'*Ecaille interpariétale*. Au-dessous de cette tâche est un organe arrondi, très superficiellement situé, un peu au-dessous d'un trou de la voûte crânienne appelé *Trou pariétal* ou *Foramen parietale*, connu depuis longtemps. Ce petit corps sous-cutané est relié par un pédicule très grêle aux centres nerveux. En raison de ses connexions, on l'assimile à la glande pinéale. L'examen microscopique montre d'autre part qu'il présente les éléments essentiels d'un œil : cristallin, rétine avec bâtonnets, choroïde sous forme de pigment, nerf optique. — Un autre lézard, habitant la Nouvelle-Guinée (*Hatteria punctata*), possède une glande pinéale qui est absolument comparable à un œil ordinaire, sauf quelques modifications de détails. Qu'on nous permette d'y insister un peu, car il a été étudié avec soin par Spencer et Peytoureau et constitue le type le plus élevé, décrit jusqu'à aujourd'hui, de l'œil pinéal. Comme pour le lézard de nos pays, la glande pinéale révèle sa présence sur le crâne par une tâche transparente médiane, mais ne siège pas sur une écaille spéciale. L'épiphyse se développe chez cet animal comme chez les autres Vertébrés, sous forme d'un bourgeon creux partant du 3e ventricule. La partie proximale, continue avec le cerveau, est distincte de la partie distale qui, elle, est représentée par un petit corpuscule arrondi en forme de vésicule close. C'est cette partie qui constitue l'œil pinéal ; il est situé au-dessous du trou pariétal obturé par un peu de tissu conjonctif. Sur une coupe on constate d'abord l'existence d'une *capsule* propre, fibreuse, qui enveloppe la vésicule distale ; elle contient des vaisseaux et est perforée par un faisceau de fibres nerveuses (nerf optique) qui s'étalent sur la partie postérieure de la vésicule. Ce nerf est la continuation de l'épiphyse et se poursuit jusqu'au cerveau, à la façon, toutes choses égales d'ailleurs, du pédoncule olfactif chez l'homme, par exemple. La vésicule piriforme est creuse, remplie de liquide. Ses parois sont formées par : 1° Une couche de *bâtonnets* colorés en brun, juxtaposés, assez longs, unis par leur extrémité externe, effilée, c'est-à-dire celle qui ne regarde pas le centre de la vésicule, à des cellules sphériques (1, 2 ou 3) (*rangée interne des noyaux rétiniens*) allant elles-mêmes atteindre une membrane pigmentée (*couche moléculaire*). 2° En dehors de cette membrane il y a une nouvelle assise de cellules (*rangée externe des noyaux rétiniens*) pourvues de deux prolongements : l'un interne allant rejoindre à travers la couche moléculaire les cellules internes ; l'autre externe, se terminant dans des cellules fusiformes, plus extérieures encore. Des *corps en forme de cône* se trouvent entre ces longues cellules ; leur base repose sur la face interne de la membrane d'enveloppe. C'est là une véritable rétine, mais dont les éléments, il faut le noter, sont disposés *en sens inverse* de ce qu'on observe ordinairement. La structure de la paroi est différente à la portion supérieure qui correspond à l'opposé du point où pénètre le nerf optique ; on y trouve une formation lenticulaire, due à un épaississement de la paroi à cet endroit, constituée par des cellules bien différenciées, à gros noyaux. C'est un *cristallin*.

On le voit, c'est presqu'un œil ordinaire ; mais il ne doit pas fonctionner comme un œil vrai, par suite de la couche assez épaisse de tissu conjonctif qui le recouvre au niveau du trou pariétal. Il n'en est pas toujours ainsi, car chez le *Varanus giganteus* l'écaille interpariétale parait jouer le rôle de cornée. — M. Peytoureau a étudié aussi la structure de l'œil pinéal chez l'Iguane, l'Orvet, le Caméléon, etc., etc. Nous ne pouvons insister ici sur les particularités qu'il a décrites à ce propos.

Il importe, par contre, de faire remarquer que beaucoup de Reptiles fossiles présentent un *Foramen parietale* très apparent, variable d'ailleurs par ses dimensions et sa situation. Citons seulement le *Nothosaurus*, le *Diadectes*, l'*Ichthyosaurus*, le *Plesiosaurus*, etc., etc., reptiles liasiques bien connus de tous ceux qui ont eu la curiosité de jeter un coup d'œil dans une histoire quelconque de la Terre. Les dimensions énormes du trou pariétal chez certaines de ces espèces semblent indiquer que leur œil pariétal devait être fort développé.

Chez les *Oiseaux et les Mammifères*, l'Homme compris, l'épiphyse est complètement dégénérée, et l'histoire de son développement chez ces Vertébrés supérieurs montre bien cette dégradation progressive. M. Peytou-

(1) Ce que les anciens auteurs ont décrit comme glande pinéale des Batraciens n'est que le plexus choroïdien du 3e ventricule.

(2) HOERNES. — *Traité de Paléontologie*, traduit par Dollo, 1886.

reau a prouvé, par des recherches portant sur de jeunes Mammifères, que la glande pinéale de ces animaux peut se rattacher à ce qui a été décrit ci-dessus. Nous citons textuellement : « En comparant le développement de la glande pinéale de jeunes rats ou de jeunes renards, dit-il, on arrive à cette conclusion que lorsque cette glande chez les Mammifères a atteint un degré de développement comparable à celui de l'épiphyse du Caméléon, il y a dégénérescence et prolifération de ses éléments épithéliaux ; puis la capsule propre, d'origine piale, envoie des cloisons conjonctives et vasculaires entre les plissements de la vésicule épithéliale arrêtée dans son développement ; pendant ce temps, la cavité centrale disparaît plus ou moins complètement. » Il était intéressant d'indiquer comment se produit cette altération profonde de structure, comment un œil embryonnaire peut se transformer en un organe qu'on désigne improprement aujourd'hui sous le nom de glande vasculaire sanguine. Le pédicule dégénère aussi; il devient les *rênes* de la glande pinéale chez l'homme.

On vient de voir, par ce rapide exposé d'anatomie comparée, quelle est la constitution de l'œil pinéal, plus ou moins modifié, chez les principaux types des *Chordata*. Puisque, dit Serres, l'*Anatomie comparée* des Vertébrés peut être considérée comme l'*Embryogénie* détaillée des Mammifères aussi bien que de l'Homme (1), nous n'avons que peu de choses à ajouter en ce qui concerne l'embryologie de la glande pinéale. Il faut cependant dire un mot des premières phases du développement de cet organe : elles sont à peu près analogues d'ailleurs chez les animaux cités déjà et pris pour types; les différences observées ne sont que secondaires.

En effet, l'épiphyse apparaît sous la forme d'une évagination cérébrale, d'un diverticule creux communiquant avec le troisième ventricule. Elle a donc son origine dans la vésicule cérébrale primitive. Elle se divise bientôt en deux parties; l'une éloignée du cerveau, *partie distale*, qui deviendra la vésicule, l'œil pinéal ou la glande pinéale; l'autre, basilaire, la plus rapprochée du cerveau, est dite *proximale*, et donne le pédicule. Cette épiphyse embryonnaire rappelle, n'est-il pas vrai, les vésicules optiques primitives, par son mode d'origine et même par sa structure. Ce seul fait prouve déjà qu'elle devait avoir des analogies avec les yeux latéraux. M. Béard prétend d'ailleurs que les trois yeux des Lamproies évoluent tous d'un même point d'origine.

Cet œil impair est-il plus ancien que les yeux latéraux? C'est une question encore peu élucidée. M. Peytoureau penche pour cette hypothèse, principalement à cause du mode de développement tout à fait élémentaire et si simple de la partie cristallinienne de l'œil pinéal et de la façon dont est disposée sa rétine. Ces deux faits sont connexes, croyons-nous. Il est bien évident que si le cristallin ne se forme pas par une invagination de l'ectoderme, la vésicule oculaire ne doit pas présenter, à son tour, une invagination correspondante à ce bourgeon épiblastique et destinée à loger cette lentille. Ne sait-on pas d'autre part que cette invagination paraît expliquer pourquoi la base des bâtonnets de la rétine de l'Homme et des Vertébrés (des yeux latéraux, autrement dit) regarde en dehors au lieu de répondre à la partie centrale de la vésicule oculaire, comme cela a lieu pour l'œil pinéal. Nous avouons que cette explication est purement théorique; cependant elle nous paraît acceptable et nous avons été étonné de ne pas la voir formulée par M. Peytoureau.

(1) Heckel a dit sous une autre forme : « L'Ontogénie n'est que le résumé de la Phylogénie. »

Actuellement on peut conclure des faits précédemment exposés : 1° *L'œil pinéal* ne se développe chez les Vertébrés que là où il y a un *trou pariétal* (Lacertiens); il y est plus ou moins typique suivant les espèces. 2° *Il a été très développé à certaines époques géologiques*, et ce que nous en connaissons aujourd'hui n'est que le vestige d'un organe qui a dégénéré. 3° La *glande pinéale* est morphologiquement un œil. L'embryologie, l'histologie, l'anatomie comparée le prouvent. C'est *l'œil pariétal* atrophié, encore en voie de régression. Cet œil a subi d'une part un arrêt de développement ; d'autre part, il s'est considérablement modifié en acquérant les caractères qu'on lui connaît chez l'homme. La glande pinéale de l'Homme comme des Mammifères est donc bien l'homologue de l'œil médian des Pyrosomes, de l'œil pariétal des Lézards. 4° Chez les Vertébrés actuellement vivants, cet œil pinéal, quand il existe, est plus imparfait encore au *point de vue physiologique* qu'au point de vue anatomique. Il ne saurait posséder aujourd'hui une fonction visuelle appréciable (1). Faisons, toutefois, jusqu'à nouvel ordre, une très légère réserve pour l'œil pinéal des Lacertiens, sur le fonctionnement duquel on n'est pas encore fixé.

Un mot pour terminer. Nous aurons atteint notre but si nous avons su montrer, en exposant ces curieux détails de zoologie, que l'anatomie comparée est une étude des plus attrayantes, et qu'à chaque instant elle vient éclairer d'un jour tout nouveau les plus obscures questions d'anatomie humaine. L'avenir nous réserve encore bien des surprises dans ce champ trop inexploré en France (2).

MARCEL BAUDOUIN.

(1) Leydig est le premier auteur qui ait émis d'une façon timide cette hypothèse dont Ahlborn essaya de montrer la possibilité; les travaux modernes ont fait le reste. On se rappelle qu'on a successivement regardé la glande pinéale comme une dépendance du système lymphatique ou du système nerveux : ganglion nerveux ou vestige d'un conduit unissant l'extérieur avec l'intérieur des cavités cérébrales (neuropore). On sait que pour l'homme le terme de glande vasculaire sanguine n'a jamais eu la prétention d'expliquer quoi que ce soit. N'est-il pas étonnant de voir qu'en fin de compte il s'agit d'un œil modifié ?

(2) En Allemagne, en Belgique, en Suisse, dans presque toutes les Universités à la Faculté de médecine, on fait un cours d'anatomie comparée. On sait que les sciences accessoires sont cependant enseignées à la Faculté des sciences de ces Universités (voir *Progrès médical*, n° des Etudiants, 1887).

RÉCOMPENSES. — Par arrêté du 16 novembre 1887 ont été décernés les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distingués par leurs travaux spéciaux sur les épidemies. — *Médailles d'or* : MM. les Dr Gerbier, à Ferney ; Teissier, à Lyon. — *Médailles d'argent* : MM. les Drs Rassompierre, à Troyes ; Coustan, à Montpellier ; Dechaux, à Montluçon ; Ollé, à Saint-Gaudens; Reumaux à Dunkerque ; Rondet, à Albigny ; Schmit, à Rambervillers ; Solland, à Cherbourg. — *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Drs Blanquinque, à Laon ; Bauvier, à Montauban. — *Médailles de bronze* : MM. les Drs Gauron, à Pont-Sainte-Maxence ; Gils, à la Rochelle ; Jaurès, à Dourgue ; Jenot, à Dercy ; Mongin, à Vitry-le-François ; Neis, à Pont-Croix ; Piot, à Aiguebelle ; Roy, à St-Martin-de-Ré ; Stutel, à St-Dié.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 décembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. STRAUS et DUBREUIH signalent l'*absence de microbes dans l'air expiré.* Tyndall avait déjà observé que cet air est optiquement pur, c'est-à-dire que, traversé par un rayon lumineux, il ne manifeste pas de traînée lumineuse dans une chambre noire; il est donc privé de toute particule en suspension capable de diffuser la lumière. MM. Straus et Dubreuih ont cherché à vérifier ce fait physique par les méthodes bactériologiques; en faisant barboter l'air expiré dans des bouillons appropriés, ils ont vu que cet air est presque complètement privé de microbes. Le poumon joue donc réellement pour les micro-organismes, le rôle de filtre que Lister lui attribue. Le mécanisme de cette filtration se conçoit si l'on réfléchit aux conditions dans lesquelles l'air circule dans le poumon, dans des canaux d'une étroitesse extrême et tapissés par un épithélium humide. Par conséquent, les hommes ou les animaux, réunis dans un espace confiné, loin de souiller l'air par leur respiration, tendent, au contraire, à le purifier, en ce qui concerne les microbes: il doit en être ainsi, puisque l'air, à sa sortie des poumons, renferme moins de microbes qu'à l'entrée. La respiration des hommes apporte, dans un espace clos, son contingent de gaz nuisibles; mais elle tend à purifier l'air des microbes qu'elle contient. Si les microbes sont très abondants dans l'air des locaux encombrés, cela est dû aux vêtements, aux poussières mises en mouvement, à l'expectoration desséchée qui, devenant purulente, dissémine les microbes, etc.

M. DE SAINT-MARTIN étudie *l'influence du sommeil naturel ou provoqué sur l'activité des combustions respiratoires.* Il a vu que, indépendamment de l'état de jeûne, le sommeil naturel abaisse d'un cinquième environ la quantité d'acide carbonique exhalée et d'un dixième seulement la quantité d'oxygène absorbée. Durant le sommeil provoqué par la morphine, la proportion d'acide carbonique exhalée tombe à la moitié et durant le sommeil provoqué par le chloral ou le chloroforme, au tiers du chiffre qu'elle atteint pendant le même laps de temps à l'état normal. Pendant l'anesthésie chloroformique suffisamment prolongée, le sang s'appauvrit en oxygène et se charge d'une plus grande quantité d'acide carbonique.

M. P. MARCHAL décrit *l'appareil excréteur des Crustacés decapodes brachyures.* Ses recherches, faites sur le *Maia aquinado*, lui ont permis de recueillir des quantités assez considérables d'un liquide incolore dont il donnera plus tard l'analyse.

PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 déc. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

MM. GAIZENARD et CHARRIN font une communication sur les *variations morphologiques des microbes.* Leurs recherches ont surtout porté sur le microbe de la pyocyanine étudié dans les milieux liquides à la température de 35°. Lorsque au bouillon pur on a ajouté des acides minéraux ou organiques, on obtient des formes variables suivant les proportions employées; une de ces formes est représentée par un vrai *bactérium*, le microbe normal étant un bacille; son polymorphisme est donc très étendu, mais le bacille produit seul la pyocianine. Les auteurs tirent de leurs recherches cette conclusion que si, au point de vue botanique, le polymorphisme des *Bacillus pyogamus* n'ébranle en rien la notion généralement admise pour l'espèce, il n'en doit pas moins attirer de plus en plus l'attention sur l'influence des milieux et mettre en garde contre certaines tendances à trop multiplier les espèces.

M. CH. FÉRÉ, à propos de la récente communication de M. M. Duval, revient sur les effets des excitations sur les organes des sens. Non seulement une excitation portée sur un sens exalte le pouvoir de son congénère du côté opposé, mais encore cette excitation agit sur un autre sens. Cependant, une excitation très vive peut abolir complètement la fonction. Certaines excitations très fortes de la vue peuvent produire l'amaurose. On observe quelquefois à la suite des traumatismes violents des effets analogues: il survient une amnésie persistante pouvant porter sur toute une période de l'existence.

M. BROWN-SÉQUARD a étudié la toxicité de l'air expiré. L'eau qui a séjourné pendant quelque temps dans les poumons d'un animal, retirée, puis filtrée et injectée ensuite à un autre animal l'intoxique. A l'autopsie on ne trouve ni embolie ni thrombose, seulement une certaine quantité de liquide séreux épanché dans l'arachnoïde. De plus, l'air expiré a, sur certains sels métalliques, une action dévolue ordinairement aux substances toxiques.

M. CH. RICHET dit que les auteurs du XVIII^e siècle avaient déjà conclu à la toxicité de l'air expiré.

M. D'ARSONVAL présente un appareil destiné à mesurer la quantité totale de l'acide carbonique expiré.

M. GRIMAUX parle du *sucre fermentescible artificiel.*

Elections. — M. CAPITAN est élu membre de la Société.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 décembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

L'Académie de médecine tient sa séance publique annuelle.

M. PROUST, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les prix décernés en 1887.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture des prix proposés pour les années 1888, 1889 et 1890.

M. BERGERON, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge de Bouillaud.

PRIX DE L'ANNÉE 1887: *Prix de l'Académie* (1,000 fr.), *M. Laurent Secheyron*, interne à l'hôpital Saint-Louis. — *Prix d'Argenteuil* (10 000 fr.). Le prix n'est pas accordé. Des encouragements sont accordés à M. *Robert Jamin* (1,500 fr.), *M. Hartmann* (1,500 fr.). *M. Tuffier* (1,000 fr.), *M. Noël Hallé* (1,000 fr.). — *Prix Barbier* (2,000 fr.), *M. Galtier* (de Lyon). — *Prix H. Buignet* (1,500 fr.), *M. Gréhant.* — *Prix Capuron* (1,000 fr.): l'Académie ne décerne pas le prix, mais un encouragement de 300 fr. à *M. Avrard* (de Paris). — *Prix Civrieux* (1,000 fr.). L'Académie partage le prix entre *MM. Chaleix* (de Bordeaux) et *H. Hartmann* (de Paris), accorde des mentions honorables à *M. Etienne* (de Toulouse) et *M. Bernard.* — *Prix Daudet* (1,000 fr.), *M. L. Mandereau* (de Besançon). — *Prix Desportes* (1,300 fr.). Le prix n'est pas décerné. Des encouragements sont accordés: 400 fr. à *M. Duguet* (de Paris); 300 fr. à *M. Senut* (de Bordeaux); 300 fr. à *M. H. Daudieu* (de Paris); 300 fr. à *M. Caravias* (de Paris). — *Concours Vulfranc-Gerdy* (1,000 fr.) à *M. Boutarel* (de Versailles). — *Prix Godard.* Pas de prix, mais: 1° une récompense de 500 fr. à *M. I. Bœckel* (de Strasbourg); 2° un encouragement de 300 fr. à *M. Maubrac* (Tunisie); 3° un encouragement de 200 fr. à *M. Duchastelet* (de Paris). — *Prix de l'hygiène de l'enfance* (1,000 fr.) à *M. A. Lesage*, interne à l'hôpital Saint-Antoine: mentions honorables à *MM. Gaétan Dupré* (Aisne) et *Jacquemart* (Paris). — *Prix Laval* (1,000 fr.) à *M. Le Noir*, interne à l'hôpital Dubois. — *Prix Lefèvre* (2,000 fr.) à *M. A. Pâris* (de Chalons-sur-Marne; mention honorable à *M. Elie Nicoulleau* (de Bordeaux). — *Prix A. Monbinne* (1,500 fr.) à *M. Aubry* (de Paris); mentions honorables à *MM. Motais* (d'Angers) et *Moura* (de Paris). — *Prix Portal* (600 fr.) à *M. Cayla* (de Neuilly). — *Prix Vernois* (800 fr.) à *M. Mireur* (de Marseille).

Suivent des récompenses accordées pour les services des eaux minérales, de l'hygiène de l'enfance, de la vaccine, etc.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. BALBIANI, professeur de la chaire d'embryogénie comparée, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1887-1888, par M. HENNEGUY, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 décembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

M. SEVESTRE lit un mémoire sur l'érythème papuleux des fesses chez les jeunes enfants. Cet érythème est constitué par des papules arrondies de 4 à 5 millimètres de diamètre d'un rouge foncé, luisantes, dures; parfois les papules sont exulcérées. L'affection siège à la partie saillante des fesses. M. SEVESTRE pense que cet érythème considéré jadis par Parrot comme étant toujours de nature syphilitique peut souvent ne pas être diathésique, en un mot, qu'il existe un érythème papuleux simple.

MM. CADET DE GASSICOURT et FÉRÉOL ont observé également des cas semblables, mais ils insistent sur la difficulté du diagnostic différentiel.

M. RENDU a observé un malade ayant absolument l'aspect d'un cardio-rénal en asystolie chronique et chez lequel on constatait seulement l'existence très nette d'un bruit de galop, le bruit surajouté aux deux tons du cœur étant diastolique à timbre vibrant et se percevant sur toute la région précordiale avec un maximum au-dessus de la pointe et en dedans, les battements du cœur étaient faibles. A l'autopsie on trouva les lésions viscérales ordinaires chez les vieux cardiaques, un cœur volumineux et des adhérences péricardiques fibreuses correspondant à la partie moyenne du ventricule gauche. A l'ouverture du ventricule, on trouva au-dessus de la pointe une dilatation anévrysmale de la dimension d'un œuf. M. Rendu pense que l'anévrysme a été produit par la péricardite adhésive partielle existant en ce point.

M. KELSCH commence la lecture d'un mémoire sur la thrombose d'origine cancéreuse. L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. QUEYREL (de Marseille) adresse deux *observations de cystotomie suspubienne pour des cystites chroniques douloureuses.*

M. TRÉLAT dépose sur le bureau le 2e fascicule de la pathologie générale chirurgicale de M. Baudry (de Lille).

M. LEFORT dépose sur le bureau le 1er fascicule de la 9e édition de son *Traité de médecine* opératoire et une observation de M. Broussolle (de Besançon), ancien interne des hôpitaux de Paris, intitulée : *Un cas de guérison d'une hernie inguinale par le bandage.* Il s'agit d'un homme âgé de plus de 40 ans qui guérit d'une hernie traitée pendant deux mois avec un bandage.

M. OVION (de Boulogne) envoie à la Société une observation de *gastrostomie pour cancer de l'estomac.*

M. TRÉLAT tient à insister sur le peu d'influence de l'étendue des plaies opératoires (spécialement celles des amputations) depuis le règne de l'antisepsie. Cette influence de l'étendue de la plaie sur le succès dans les amputations tend de plus en plus à disparaître ou plutôt s'efface progressivement. Autrefois la mortalité des amputations était bien différente pour telle ou telle partie d'un membre. Aujourd'hui cette notion n'a qu'un rôle secondaire.

M. LEFORT montre à ses collègues un petit bandage très simple, fait avec de la toile ordinaire, et destiné à traiter les hernies des très jeunes enfants. Il présente divers avantages, entre autres celui de pouvoir être fait par la mère et d'être facilement renouvelable.

M. DE SABOÏA, membre correspondant, professeur de clinique chirurgicale à Rio de Janeiro, donne le résultat des opérations de *cure radicale des hernies* qu'il a pratiquées. Dans son premier cas, il employa le procédé du capitonnage; malgré des accidents graves, le malade guérit. Dans les autres (9 cas), il fit la résection du sac et la suture des parois des orifices; pas d'insuccès. Quand on observe toutes les règles de l'antisepsie, ce n'est pas une opération dangereuse. Il opère dès que le sujet a atteint l'âge de la puberté.

M. VERNEUIL rappelle que *le traitement par la thalassothérapie des tuberculeux* qui doivent être ou ont été opérés, est une question à l'ordre du jour. L'administration de l'Assistance publique, sur les 300 lits qu'elle va créer à l'hôpital de Berk-sur-Mer, veut bien en réserver 100 pour les sujets ayant de 15 à 25 ans. M. Verneuil prie la Société de vouloir bien remercier l'Assistance publique de ce qu'elle va faire pour le traitement pré ou post opératoire des tuberculeux.

M. TERRIER fait remarquer que tous les tuberculeux ne doivent pas être envoyés à Berk; quelques-uns, à certaine époque surtout, devraient être expédiés dans le Midi.

M. HORTELOUP. — L'Assistance publique se propose de prendre quelques lits à son compte dans le nouvel établissement qui va être fondé à Banyuls-sur-Mer.

M. RICHELOT tient à répondre à toutes les objections qui ont été faites à son travail, point de départ de la discussion sur la cure radicale des hernies. Il s'en tiendra aux hernies congénitales. Il maintient ses affirmations antérieures et discute point par point chacune des objections. Il rejette le capitonnage, prétend que l'hydrocèle congénitale doit être opéré comme il l'a dit et que l'opération qu'il préconise est toujours possible.

M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation de M. le Dr CHAVASSE. Il s'agit d'un homme de 38 ans, qui un jour ressentit de la douleur au niveau de la partie interne d'un genou. Bientôt apparut en ce point une tuméfaction avec élancements douloureux. La peau resta normale, non adhérente à la tumeur, mobile elle-même sur les plans sous-jacents, présentant çà et là des renflements séparés par des tractus fibreux. Un cordon dur partait de la tumeur et se dirigeait vers le bord interne du tendon rotulien. On fit le diagnostic de *tumeur polykystique* qu'on enleva. M. Schwartz pense qu'il s'agit d'une tumeur née des parois de la bourse séreuse située sous ce tendon rotulien. Au point de vue histologique, c'est un *myxome kystique.* On n'en connaît que deux autres cas : un de Gosselin et un autre de Ranke.

M. PONCET présente une balle de 22 grammes, déformée, irrégulière, aplatie, extirpée par lui 17 ans après la blessure. Elle siégeait sous l'apophyse styloïde du cubitus gauche, dans les os du carpe. L'officier, qui fut fait prisonnier en 1870 après sa blessure, avait été à peine examiné ; une seule ouverture d'entrée à l'éminence thénar expliquait le gonflement énorme de toute la main. De 1870 à 1880, le blessé put faire son service, ne voyant pas de médecin, ayant la main gauche un peu luxée en bas. En 1882, une chute sur la région malade amena à partir de cette époque des douleurs atroces. Le malade se décida à entrer au Val-de-Grâce en décembre 1887. L'examen montra sous le cubitus, au-dessus du pisiforme, une partie très douloureuse, et, dans le fond, un corps mobile, crépitant, frottant : os ou balle. Le microphone fut muet. L'incision faite donna issue à 2 cuillerées de pus fétide et laissa pénétrer dans une cavité d'où la balle fut extirpée. Les os du carpe dénudés furent ruginés. L'opération a eu des suites simples ; pas de fièvre, et la guérison s'annonce prochaine et parfaite.

Cette observation démontre la nécessité d'enlever de suite les gros projectiles : balles de fusil qui ne sont pas assimilables aux petits projectiles de revolver, non compliqués d'esquilles et tolérés dans les tissus. Les balles, au contraire, de gros calibre, amènent toujours des accidents ultérieurs, des ostéites, et finalement nécessitent une opération après plusieurs années de souffrance. Cet officier est resté 17 ans avec l'impotence presque complète de sa main, souffrant beaucoup dans ces cinq dernières années.

Tout cela eut été évité par l'extirpation immédiate, qui n'eut pas été plus dangereuse qu'aujourd'hui.

M. RECLUS n'est pas de cet avis : il n'admet pas l'extraction primitive.

M. PONCET prie M. Reclus de bien distinguer les balles de revolver des balles de fusil.

M. LEFORT pense que les gros projectiles doivent la plupart du temps être enlevés. MARCEL BAUDOUIN.

TRICHINOSE. — La *Gazette de Francfort* annonce qu'à Un-terha[illegible]rf, près de Reichenbach, en Thuringe, environ 150 personnes qui avaient mangée de la viande trichineuse sont tombées malades et se trouvent dans un état desespéré, 33 ont déja succombé.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 novembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

M. BUCQUOY, à l'occasion du procès-verbal, dit que peut être sa parole a été plus loin que sa pensée et que jamais il n'a entendu mettre en doute la rigueur scientifique des expériences de M. Luys, à la Charité.

M. C. PAUL remet une lettre de M. APERY (de Constantinople) sur les quatre véritables *Mirobolans* employés de temps immémorial dans les pays chauds pour combattre la dysentérie.

M. CATILLON montre des échantillons de *strophantine amorphe et cristallisée*. Cette substance est soluble dans trois fois son poids d'alcool absolu à chaud et seulement dans trente fois son poids d'eau ; un 1/2 milligramme en injection sous-cutanée fait périr un lapin du poids de 750 grammes.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a jusqu'à présent expérimenté le strophantus chez trois cardiaques seulement. Il donne une teinture de semences au cinquième à la dose de 15 et 16 gouttes par jour. Le strophantus est un tonique du cœur et de plus un puissant diurétique; toutefois il ne paraît pas agir contre l'œdème pulmonaire et la dyspnée qui en résulte.

M. BUCQUOY a aussi expérimenté le strophantus et donne des granules renfermant un demi-milligramme d'extrait, en allant jusqu'à deux par jour. Il emploie aussi une teinture dont cinq gouttes représentent un milligramme d'extrait. Le strophantus a une action plus lente mais plus continue que la digitale sur le cœur ; il convient dans les cas où le cœur commence à se fatiguer bien plus que lorsque la systole est véritablement déclarée. De même la diurèse qu'il produit est-elle plus continué mais moins abondante que la diurèse de la digitale. D'après ses observations les battements du cœur ne seraient pas régularisés.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ ne donne pas d'emblée seize gouttes de teinture ; il commence par dix gouttes et augmente de deux gouttes par jour.

M. CATILLON dit que l'équivalence de la strophantine est de un dixième de milligramme de l'alcaloïde pour un milligramme d'extrait ou cinq gouttes de teinture de strophantus.

M. BLONDEL a apporté des échantillons de graines et des dessins qu'il montre à la Société. La fraude s'est déjà introduite dans le commerce des semences de strophantus, car parmi les graines actives on en trouve qui ont été déjà épuisées par l'alcool. On les reconnaîtra à leur absence d'amertume et à ce que les poils qui les recouvrent sont agglutinés.

MM. CHAZARAIN et DÈCLE font devant la Société des démonstrations sur le polarité du corps humain. Suivant eux le côté droit du corps est positif et le côté gauche négatif.

GILLES DE LA TOURETTE.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XI. De l'Antipyrine; par MM. FORSBOOK, JENNINGS, BRAYTUS WHITEHOUSE.

XII. Un cas de priapisme durant depuis trois ans, avec guérison ; par T. H. BURCHARD.

XIII. Observation d'un cas d'alopécie due à une lésion des centres nerveux trophiques, guerie par l'électricité ; par G.-W. OVERAL, de Memphis (Tennessee).

XI. Depuis bientôt deux ans de nombreuses expériences ont prouvé l'action efficace de ce médicament dans la plupart des fièvres. Tout le monde sait qu'il abaisse assez rapidement la température dans ces cas, et diminue en même temps les douleurs dans le rhumatisme articulaire aigu. Un grand nombre de médecins l'ont employé et en ont obtenu les meilleurs résultats ; il semble, dans certaines conditions, surpasser l'effet de la quinine et de l'acide salicylique.

Mais là ne s'arrêtent pas les succès « magic » (disent les Anglais) de l'Antipyrine. De récentes recherches ont montré tout l'avantage qu'on pouvait retirer de son emploi dans un grand nombre d'affections ou de symptômes nerveux. Ainsi dans la *migraine*, cet effet est réellement surprenant. Le Dr Russell Forsbook (1) la donne à la dose de 15 grains en trois fois, de vingt en vingt minutes, pendant l'attaque. Le plus souvent, après deux doses, le malade se trouve mieux, et la douleur, la dépression ainsi que les nausées cessent. Si l'on donne l'antipyrine pendant les phénomènes prodromiques de l'accès, une seule dose suffit ordinairement. Si les symptômes n'ont pas complètement disparu après trois doses, l'auteur en fait prendre une quatrième au bout de quatre heures. Nous pouvons encore citer le cas d'un de nos amis, qui est atteint de migraines, revenant deux ou trois fois par mois. Lorsque ces phénomènes apparaissent, il prend un gramme d'antipyrine et environ vingt minutes ou une demi-heure après, ceux-ci disparaissent presque complètement, si bien que notre ami peut manger, ce qu'il ne pouvait faire avant de se servir de ce médicament. Ce dernier semble non seulement diminuer les douleurs, mais encore abréger les attaques de migraine et prolonger les intervalles entre elles. Le pouls, qui est généralement lent pendant celles-ci, reprend souvent sa rapidité et sa force.

Il est à craindre toutefois, comme le montre le Dr Jennings (1), qu'on ne soit obligé, dans les cas rebelles à retours fréquents d'attaques, d'augmenter la dose, le malade s'accoutumant peu à peu au médicament et n'en retirant plus d'aussi bons effets.

Les relations qui existent entre la *migraine* et l'*épilepsie* ont porté les auteurs à essayer l'antipyrine dans cette dernière maladie. Le Dr Forsbrook l'a donnée, avec de bons résultats, contre le mal de tête qui accompagne les accès. Il l'a encore employée chez deux individus présentant de l'aura, et dans un cas son administration a prévenu l'accès. Ces expériences demandent à être renouvelées afin de pouvoir confirmer cette action de l'antipyrine, qui serait d'un grand secours dans ces cas.

Le Dr Jennings cite trois faits de *névralgie* dans lesquels il a ordonné ce médicament. Dans l'un d'eux (sciatique double), il n'a obtenu aucun résultat ; dans le second (névralgie brachiale), des injections hypodermiques ont produit d'excellents effets. Enfin, dans le troisième, celui d'une femme présentant à peu près les mêmes symptômes que le précédent, mais avec atrophie des bras ; une dose de 1 gramme d'antipyrine à l'intérieur a complètement réussi. Enfin, dans un cas de zona, elle a fait cesser rapidement les douleurs qui accompagnent cette affection. Toutefois, ce médicament n'a donné aucun succès dans un cas *d'ataxie locomotrice*. Le même auteur a voulu l'employer chez un *morphinomane*, afin de remplacer le poison qu'il absorbait sans cesse, mais il n'en a rien obtenu. Dans le *mal de mer*, il donne des résultats excellents.

Le Dr Jennings en a expérimenté les bons effets chez un artiste qui, à la suite de longs travaux dans son atelier, s'épuisant au travail pour finir un tableau, mangeant à peine, avait perdu tout appétit et tout sommeil. Il souffrait de violentes coliques, avec diarrhée sanguinolente ; il présentait une excitation cérébrale intense, avec subdélirium La morphine n'arrivait qu'à calmer à grand'peine ces symptômes et le malade commençait à en réclamer des doses croissantes, lorsqu'on administra l'antipyrine, qui les fit cesser rapidement.

Le Dr Brayton (de Carey) (2) la donna avec succès chez une nouvelle accouchée ayant présenté de *l'inertie utérine* et *des accidents septicémiques post-puerpéraux* et qui souffrait d'une insomnie durant depuis six jours. Ce médecin donne l'antipyrine mélangée à de l'antifébrine, la première à la dose de 6 grains ; la seconde à celle de 2 grains. Le sommeil revint, la fièvre tomba et tous les accidents puerpéraux cessèrent peu à peu.

Dans la *goutte*, les résultats de l'antipyrine ne semblent pas être encore concluants : toutefois, dans un cas, le Dr Jennings a vu une attaque de cette maladie guérie par l'administration de 4 grammes par jour.

L'antipyrine donne parfois des accidents contre lesquels il faut être prévenu, et cela surtout chez les jeunes femmes

(1) *The Lancet*, 10 décembre 1887, p. 1163.

(1) *The Lancet*, 10 décembre 1887, p. 1163.
(2) *Medical Record*, N. Y., 26 novembre 1887.

ou les jeunes filles, comme le relatent le Dr Forsbrook et le Dr Whitehouse (de Santiago, de Cuba) (1). C'est après l'absorption à l'intérieur d'une dose de 7 grains 1/2, que ce dernier fut témoin des accidents suivants, chez une jeune fille. Deux minutes après, la malade fut prise de douleurs gastriques devenant insupportables, accompagnées d'effroi, de cris, de contorsions épouvantables. Ces phénomènes durèrent 3 ou 4 minutes, puis une éruption intense d'urticaire apparut sur tout le corps, s'accompagnant de violentes démangeaisons. La malade perdit connaissance; une injection de 1/60e de grain d'atropine mit fin à ces phénomènes. Ces accidents sont-ils dus à l'antipyrine elle-même ou aux substances étrangères qui l'accompagnent? C'est ainsi qu'un grand nombre de médecins, ainsi que les malades, se plaignent de l'odeur de benzine qu'elle porte avec elle. Le Dr Jennings dit avoir trouvé à Londres un échantillon de ce médicament complètement inodore.

XII. L'observation porte sur un malade âgé de 53 ans, qui souffrait d'une érection douloureuse, spasmodique depuis cinq heures, lorsque fut appelé le Dr Burchard. Cette érection disparut après une injection sous-cutanée de 3/4 de grain de morphine et de 1/5 de grain d'atropine, pour reparaître ensuite après un sommeil agité. Un bain chaud ne put la calmer, on dut recourir à des injections hypodermiques de solution de Magendie. Les spasmes reparurent de nouveau, deux fois dans la journée, apaisés par la morphine. La verge pendant ces érections était dans un état de rigidité extraordinaire: les veines étaient dilatées à la surface, les muscles du périnée contractés, comme tétanisés. Ces contractions étaient augmentées par le moindre bruit se produisant dans la chambre, et par le passage des voitures dans la rue. Aucune émisssion de sperme n'accompagnait ces phénomènes. Le malade avait eu quatre ans auparavant des chagrins; puis atteint de dyspepsie avec insomnie et désirs de vengeance, il avait maigri considérablement en l'espace de 3 mois. En septembre 1883, il fut pris de rêves lascifs, avec éjaculations nocturnes fréquentes. Des érections apparurent le jour, durant de une à trois heures. Ces phénoménes disparurent après un séjour en Suisse où il prit beaucoup d'exercice. Bientôt ils réapparurent. Soigné par M. Charcot, il s'améliora de nouveau; puis nouvelle rechute à la suite. Les érections se renouvelaient une à deux fois par nuit et huit à dix fois par jour, sans éjaculation, ni rêves érotiques. Il voyagea en Espagne, dans le Tyrol, en Italie, en Egypte, puis vint en Amérique. Lorsque le Dr Burchard le vit, il était très-émacié (il avait maigri d'environ 100 livres en quatre ans) pâle, anémié. On ne constatait chez lui aucune affection cérébrale, ni aucune autre maladie pouvant expliquer les signes qu'il présentait. On ne trouvait aucun antécédent héréditaire. Les érections d'autant plus fréquentes, qu'elles étaient plus courtes, se manifestaient de trois à vingt fois par jour, et chaque fois pendant un espace de temps variant de quelques minutes à cinq ou six heures. Le malade avait épuisé tous les genres de traitement: bromures, camphre, opium, ergotine, chloral, électrisation, douches, etc.

Le traitement suivant fut établi: repos au lit, diète lactée, peptones, douches alternativement chaudes et froides le long de la colonne vertébrale, applications de pointes de feu sur cette région, ergotine, injections hypodermiques de strychnine; vessie de glace sur la colonne vertébrale au commencement des accès, injections sous-cutanées de morphine et d'atropine. Deux fois le paroxysme résistant pendant vingt minutes à une injection de morphine, on fit des inhalations de chloroforme. Au bout de la seconde semaine de ce traitement, la diète fut moins rigoureuse; les érections ne revenaient plus que une ou deux fois en vingt-quatre heures et étaient moins intenses. Les phénomènes se sont amendés de plus en plus; et au bout de trois mois le malade était définitivement guéri *The New-York medical Journal*, 15 janvier 1887) (2).

(1) *Medical Record*, 3 décembre 1887.

(2) M. le Dr Pathault a publié dans sa thèse un bel exemple de priapisme dû à M. le Dr Longuet, ancien interne des hôpitaux, et guéri par les capsules de *bromure de camphre*.

XIII. Une jeune fille âgée de 14 ans se présente à l'auteur au mois de mars 1885. En 1878 elle avait éprouvé des symptômes fébriles de cause inconnue, et à la suite tout le système pilaire tomba (cheveux, sourcils, etc.). La peau était sèche, squammeuse, atrophiée; le cuir chevelu seul était lisse; en même temps la malade souffrait de céphalalgies. Bien développée, elle ne présentait aucune tare héréditaire. L'arsenic, l'huile de foie de morue administrées pendant deux mois n'amenèrent aucune amélioration. Le Dr Overall pensa alors à une lésion des centres nerveux trophiques et employa les courants électriques, galvaniques et faradiques généraux. Il appliqua d'abord les courants faradiques sur le cuir chevelu. Les maux de tête disparurent au bout d'un mois; deux mois après quelques poils follets se montrèrent sur le côté droit de la tête; le troisième mois, il y avait en ce point une chevelure fine. Ce n'est qu'à la fin du quatrième mois qu'apparurent des poils sur le côté gauche; tandis qu'ils avaient alors un demi-pouce de long à droite. Au bout de dix mois, la restauration de tout le système pileux était complète. (*The Alienist and Neurologist*, 1886, page 254). A. Raoult.

CORRESPONDANCE

Congrès des naturalistes allemands à Wiesbaden (1887)

Monsieur le Rédacteur en chef,

Voici la fin des compte-rendus du Congrès des Naturalistes de Wiesbaden de cette année.

M. Lossen (de Heidelberg) a parlé d'un cas rebelle de *névralgie du trijumeau droit* qui a nécessité la résection de tout les troncs accessibles du nerf, et a forcé l'opérateur à réséquer une seconde fois le nerf mandibulaire et le sous-orbitaire. Dans le cours de l'opération sur le premier de ces deux nerfs, on trouva à la place où l'on avait ouvert à la première opération le canal dans lequel court le nerf dans le maxillaire inférieur, un névrôme vrai d'un demi-centimètre de diamètre. Le malade est actuellement délivré de ses névralgies, mais il souffre de douleurs lancinantes légères à chaque changement de temps.

M. Grisson (de Rostock) trouve qu'il serait désirable d'avoir des données positives sur les résultats opératoires obtenus par la *névrectomie* des 2e et 3e branches du trijumeau à la base du crâne. Ces opérations sont encore discutées, et le manuel opératoire très perfectible. L'orateur communique les observations qu'il a faites chez trois malades en cinq opérations; le travail a été fait à la clinique chirurgicale du professeur Madelung, à Rostock. Dans tous les cas, la névralgie fut guérie; la guérison s'est maintenue dans un cas pendant deux ans et plus, dans un autre pendant un peu moins de deux ans, dans un troisième cas un an et dans deux autres cas quatre mois.— Dans quatre cas de névrectomie du deuxième rameau, on se servit de la méthode de Lücke, modifiée par Braun-Lossen. Cette méthode donne: 1° un nerf plus sain et une guérison absolue de la plaie de l'os zygomatique. Si la face est très développée, les difficultés augmentent, aussi faut-il scier aussi près que possible du corps de l'os zygomatique. Une hémorrhagie s'opposerait à la continuation de l'opération, car une section à l'aveuglette est dangereuse. Aussi faut-il faire du tamponnement dans ces derniers cas, en employant l'iodoforme, au lieu de continuer l'opération interrompue au bout de deux à trois jours avec suture secondaire. Il conseille d'employer l'opération en deux temps, souvent, peut-être même toujours; car dans l'intervalle: 1) on s'assurera si le tronc nerveux a été véritablement sectionné: 2) on pourra reconnaître une complication, si d'autres troncs sont atteints de névralgies, et on pourra opérer en conséquence les filets nerveux malades. La guérison de l'os zygomatique n'est pas compromise par l'opération en deux temps.

M. le Pr Lücke (de Strasbourg) parle d'un cas curieux. Un garçon de café, âgé de 16 ans, jusque-là bien portant, boit un verre de bière glacée et ressent de violentes douleurs d'entrailles. On l'amène à la clinique, et là on constate l'existence d'une *péritonite aiguë* avec 41°,1 de température. On fait de suite l'opération; il s'écoule 500 grammes de pus, puis on lave la cavité abdominale avec une solution très faible de sublimé et on place un drain épais dans la cavité de Douglas. Pendant six semaines, rien d'anormal. Au bout de ce temps, abcès sous-

diaphragmatique, qui se fait jour dans la plèvre droite. On posa un drain sous le bord costal et on fit plus tard une résection de la 7e côte, ce qui permit de poser une drain dans la cavité supérieure. La guérison est actuellement complète. Lücke pense que dans ce cas il y avait un ulcère latent de l'intestin, qui s'est perforé et s'est refermé en soupape. Puis il se développa une péritonite enkystée, localisée, qui perfora plus tard la plèvre. Lücke a déjà observé un ulcère intestinal latent dans un cas : un homme qui présentait une hernie inguinale subit un traumatisme ; la hernie qui semblait étranglée n'était qu'adhérente, mais une incision fit découvrir dans la cavité abdominale une accumulation de matières fécales, de gaz et de pus. L'autopsie, faite par Klebs, fit découvrir deux ulcères de l'intestin grêle, dont l'un avait cédé. On ne put ni cliniquement, ni anatomiquement, trouver trace de fièvre typhoïde.

M. Helser (de Barmen) a traité dans ces derniers temps chirurgicalement *trois cas de perforation de l'appendice vermiculaire*. Dans tous les cas il a fait une incision au-dessus du ligament de Poupart et a évacué ainsi le pus. Dans un cas qui ne fut opéré que six semaines après le début de l'affection, il y avait dans le foie des abcès métastatiques. L'opérateur essaya de fixer le foie par une suture, mais le pus s'étant épanché, le malade mourut rapidement. Quand à l'ouverture de l'abcès, elle avait bien réussi, sans que le reste de la cavité péritonéale n'ait été ouvert, et bien qu'il y eût une délimitation franche entre l'abcès et le péritoine sans adhérences étendues. L'orateur pense que beaucoup de malades, envoyés d'ordinaire à la clinique médicale et, souvent voués là à une mort certaine, pourraient être guéris par un traitement chirurgical approprié.

M. Czerny (de Heidelberg) insiste sur l'importance de l'*examen minutieux du contenu péritonéal*. Un gaz inodore, peu septique, milite en faveur d'une perforation stomacale ; des perforations de l'iléon et du colon donnent issue à des gaz très fétides et très septiques. Si le jéjunum est perforé, on voit s'épancher peu de matières et les symptômes s'accusent lentement (Escher). Si peu de temps après la perforation il y a déjà passablement de matières épanchées, il y a eu probablement depuis quelque temps déjà un processus ulcératif putride qui a modifié le point perforé.

M. Poehl (de Saint-Pétersbourg). Les nombreux essais d'inoculation de la syphilis sur l'animal n'ont pas donné de résultats ; on a utilisé sur les espèces les plus diverses. Dans ces derniers temps le prince Alexandre d'Oldenbourg a fourni les espèces les plus variées de singes et même d'autres animaux, à Sperck, dans le but de servir à ces inoculations. Comme l'immunité des animaux ne peut s'expliquer par des différences dans les tissus de l'organisme, différences qui ne sont point assez marquées, mais qu'en revanche les modifications chimiques que subissent les tissus sont parfois fort différentes d'une espèce à l'autre, l'orateur pense que c'est la chimie physiologique qui donnera l'explication de ce fait. La composition de l'urine est, comme on sait, en connexion intime avec l'échange moléculaire dans l'organisme, c'est pourquoi Pœhl a soumis à une analyse chimique comparative des urines de divers animaux et des urines d'hommes sains ou syphilitiques. Une longue série d'expériences lui a prouvé que les caractères physiques des urines des syphilitiques n'ont rien de distinctif. La quantité émise dans la journée dépassait souvent la normale et variait entre 9 à 13,5 % ; la quantité d'acide urique, de chlorure de sodium, d'acide phosphorique et sulfurique reste dans les limites normales. En fait de produits anormaux, on ne trouva, et cela seulement de temps en temps, que de l'albumine ou des peptones ; ces derniers furent trouvés dans 65 % des urines examinées, mais la quantité des peptones dans chaque urine était insignifiante (0,5 %). Dans quelques cas l'albumine et les peptones provenaient de leucocythes contenus dans l'urine. Il n'y avait pas dans l'urine d'autres produits pathologiques. Les sulfates ne présentaient rien d'anormal, ni comme quantité absolue ni dans leur rapport avec l'acide sulfurique préexistant (les variations oscillaient entre 1 à 8,20 jusqu'à 1 à 24,34. Les mêmes remarques s'appliquent à l'acide phosphoglycérique de 1 à 16,71 jusqu'à 1 à 33,67). Le rapport entre l'azote total et l'azote de l'urine se trouvait au-dessous de la normale et était de 100 à 72,25 jusqu'à 100 à 90,24. Il en ressort que l'intensité des oxydations des substances azotées est diminuée, et c'est là le seul phénomène qui semble typique dans la syphilis. Il est vrai que nous n'avons rien là de bien caractéristique, puisque pareil fait s'observe dans nombre d'autres affections. Il ne semble pas que l'urine syphilitique donne avec les réactifs usuels des résultats qui permettent de la reconnaître. C'est pourquoi l'orateur a cherché dans les bases azotées de l'urine (créatine, xanthine ou ptomaïne). Les recherches dans ce sens ne sont pas encore terminées.

M. Ziessmen (de Wiesbaden). — 1° Le rhumatisme articulaire chronique est une maladie générale ; même dans les cas de localisation manifeste, rien ne nous garantit que l'affection ne puisse se généraliser ; 2° Pour cette raison, le traitement doit être général ; 3° La maladie est souvent si invétérée en un point qu'un traitement local concomitant est nécessaire ; 4° Dans les articulations affectées on trouve toujours certains points bien délimités qu'on reconnaît au toucher et à la sensation douloureuse qu'accuse le malade ; 5° La maladie est souvent compliquée au début ; tantôt le diagnostic devient incertain, par exemple, dans la goutte, la syphilis, la gonorrhée ou après des traumatismes ; on la confondra aussi avec le rhumatisme musculaire, les névralgies rhumatismales, la sciatique et les cardialgies ; 6° Il faut agir en même temps contre toutes les complications ; 8° Il ne faut arrêter le traitement qu'à la guérison complète, sans cela la récidive n'est point chose rare. La diathèse rhumatismale n'est que la maladie elle-même, non guérie. Le traitement sera donc local et général. Le traitement général consiste en la régularisation de la nutrition, le séjour en plein air, la suractivité des fonctions cutanées, les bains tièdes et chauds, les vêtements de laine et la régularisation de l'existence. En outre, on donnera de fortes doses de salicylate de soude. Ce médicament, bien employé, est bien supporté, il n'y a pas de contre indications, et son action est tellement spécifique que l'on peut, en cas d'insuccès thérapeutique, se considérer comme en présence d'une erreur de diagnostic ; quelques exemples nous le prouvent. En même temps on emploie le massage et la douche chaude dans un bain chaud (Cette méthode a été introduite par l'orateur à Wiesbaden). Un moteur à gaz avec des dispositions spéciales permettait de lancer un jet qui a une à sept atmosphères de force. Ce jet sera dirigé par l'infirmier sur les parties malades, et accompagné de massage. Cette médication surpasse toutes les autres, et peut encore rendre de grands services dans le rhumatisme musculaire et la sciatique.

M. Küssner (de Halle) pense que les fortes doses de salicylate de soude offrent des inconvenients : l'estomac les supporte mal et elles laissent à leur suite des phénomènes nerveux désagréables. Dans les cas où le salicylate a été prescrit pendant longtemps, on observe même *des dégénérescences du muscle cardiaque*. Veuillez agréer, etc. Dr L. Casper.

BIBLIOGRAPHIE

Sur quelques anomalies de l'impulsion cardiaque ; par A. Murri, professeur de clinique à l'Université de Bologne. — (L. Vallardi (Naples-Milan. 1887).

Ce travail est le résultat des études anatomo-cliniques de l'auteur sur quelques phénomènes particuliers à certains cœurs malades ; ses recherches l'amènent à donner une nouvelle interprétation à la théorie du *mouvement de recul* du cœur, contribuant ainsi à remettre en honneur une théorie qui après avoir été appliquée et défendue par quelques physiologistes, avait été mise de coté et combattue par la plupart d'entre eux.

C'est par la méthode anatomo-clinique que l'auteur a entrepris cette étude ; et c'est avec raison, car quoique le cœur soit un organe soumis par excellence à des lois physiologiques très connues, et dans lequelles différentes lésions anatomiques donnent chacune naissance à des symptômes bien définis sous la dépendance immédiate des lois physiques et hydrauliques, il arrive toutefois souvent que nous nous trouvons devant des énigmes. Ce n'est pas rare de voir deux cœurs qui ont la même altération anatomique et qui présentent une symptomato-

logie tout à fait opposée et *vice versâ*. Il arrive aussi souvent que la lésion anatomique que l'on découvre à l'autopsie ne peut en rien expliquer les troubles que le malade avait présentés de son vivant. Voilà des cas qui mettent particulièrement à l'épreuve la pénétration du clinicien.

Les malades qui ont été l'objet de cettte étude présentaient tous comme phénomène principal une rétraction systolique de la pointe du cœur. Dans un de ces malades la section nécroscopique montre qu'il y avait adhérence des deux lames du péricarde, tandis que dans les autres cette adhérence n'existait absolument pas. C'est pour expliquer ce phénomène que l'auteur remet en vigueur la théorie du mouvement de recul du cœur et donne les raisons physiologiques qui la font admettre. Il explique le mécanisme de ce mouvement et les modifications qu'il subit dans les différentes lésions valvulaires, et dans les différents états du cœur qui leur succèdent, et voici en abrégé le raisonnement de l'auteur :

L'étude raisonnée des mouvements cardiaques démontre aisément que dans les conditions normales c'est la pointe qui dans le mouvement systolique est poussée en avant. Cela arrive à cause de son mouvement spécial qui est encore aidé par l'adhérence du cœur à la paroi thoracique, de par la direction de sa base et par la prévalence à gauche du mouvement de recul. Si donc le ventricule gauche se dilate, il est tout naturel que le mouvement de recul dans la direction de la pointe devienne plus puissant. Il faut naturellement supposer pour cela que l'ouverture aortique soit libre, car si par hasard il y avait une sténose, cela serait une condition défavorable qui agirait en sens opposé. Le ventricule droit, au contraire, à cause de sa position plus basse et postérieure a son mouvement de recul dans une direction différente c'est-à-dire vers la base du cœur. On ne peut pas apprécier ce mouvement dans les conditions normales, car l'impulsion vers la pointe donnée par le ventricule gauche a trop de prévalence. Cet antagonisme entre les mouvements des deux ventricules ressort avec plus d'évidence lorsque des conditions particulières font augmenter l'activité de l'un ou de l'autre ventricule. Si c'est le ventricule gauche qui est sous le coup de cette activité exagérée, il est naturel alors que l'impulsion de la pointe soit exagérée, tandis que l'impulsion vers la base donnée par le ventricule droit devient non seulement invisible, mais peut se changer aussi en rétraction, car ce ventricule est devenu incapable de conserver l'équilibre fonctionnel dans le mouvement total du cœur. Si au contraire son activité prédomine sur celle du ventricule gauche, c'est lui alors qui prévaut, et cette prévalence se manifeste : 1° par l'apparition d'une pulsation systolique à la base du cœur, puis par l'affaiblissement ou la disparition de la pulsation de la pointe, ce qui est bien naturel ; enfin dans les cas les plus graves où il y a un développement excessif du ventricule droit avec une prévalence énorme sur le gauche, non seulement l'impulsion de la pointe est anéantie, mais ce mouvement est tellement renversé, que l'on observera un abaissement de la paroi thoracique au lieu d'un soulèvement.

Il y a des lésions spéciales du cœur qui donnent de préférence cette prédominance d'un ventricule ou de l'autre. La prédominance du ventricule gauche est favorisée par l'insuffisance des valvules semilunaires aortiques, tandis que la prédominance du droit est produite par la double insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires ; et l'effet de ces lésions sera d'autant plus grand si le malade est jeune, si les cavités du cœur sont dilatées, si le muscle est hypertrophié et si les parois thoraciques sont minces.

Mais alors se présente tout naturellement une question ? Jusqu'à présent on avait attribué toujours la rétraction thoracique à la symphise du péricarde ; comment pourrons-nous faire la distinction entre cette rétraction et celle qui est produite par une lésion valvulaire ? Jaccoud avait dit que l'on devait considérer la rétraction systolique pluricostale d'une façon distincte de l'unicostale, comme le signe pathognomique *par excellence* de l'adhérence du péricarde. M. le professeur Murri nie cela, car il a trouvé cette rétraction pluricostale chez des malades où il n'y avait pas trace d'adhérence péricardique. On peut dire la même chose à propos de l'autre signe diagnostique donné par le clinicien de Paris, c'est-à-dire du mouvement de rétraction systolique visible dans toute la région précordiale, car celui-là aussi a été vérifié chez ces malades. Le diagnostic différentiel est donc rendu très difficile, d'autant plus que l'on peut rencontrer l'immobilité des bords pulmonaires même avec le péricarde et la plèvre indemnes dans les cas, fréquents dans les jeunes gens, où il y a une grande dilatation de cœur. On devrait donner une grande valeur au contraire au déplacement de la pointe dans les différentes positions du malade, car si elle ne se déplace pas, il y a évidemment des adhérences. Selon l'avis de notre auteur, le seul indice pour connaître les cas de symphyse serait d'observer si la rétraction s'étend au sternum et aux cartilages et côtes les plus proches. Mais comme ce signe nous fait souvent défaut, alors pour connaître que la rétraction est due à la symphyse, il faudrait pouvoir exclure que l'un des ventricules ait une action exagérée ; ou dans le cas contraire pouvoir être sûr que l'endroit où l'on voit la rétraction n'est pas celui ou l'on pourrait la voir si elle était produite par le ventricule démesurément actif. On ne peut avoir qu'un faible espoir de faire cette exclusion, car il n'existe aucun genre d'adhérence intra ou extra-cardiaque qui soit cause nécessaire de la rétraction, laquelle n'est même pas produite par les adhérences de la base. Il est donc très vraisemblable que là où on trouve une rétraction par symphyse on ait affaire aussi à un cas compliqué par une de ces altérations du cœur que nous venons de décrire.

Après avoir examiné la raison physiologique et la valeur diagnostique de la rétraction systolique, l'auteur étudie les oscillations diastoliques que lui ont offert les cardiogrammes qu'il a obtenus à l'aide de la méthode graphique sur ses malades. Cette étude fait connaître que de même que l'insuffisance des sygmoïdes de l'aorte est la cause la plus puissante de l'exagération de l'impulsion systolique de la pointe, de même la double insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires est la condition la plus efficace pour produire une impulsion de la pointe pendant le mouvement diastolique. Cette impulsion est d'ordinaire multiple et durable, différant ainsi de l'impulsion diastolique que l'on trouve quelquefois dans le sténose auriculo-ventriculaire qui est d'ordinaire brève et unique.

Telles sont les conclusions de ce travail important qu'il est difficile de résumer dans un exposé aussi sommaire. L'ouvrage est illustré par plusieurs planches qui montrent à l'évidence les phénomènes et les altérations qui ont été étudiées et décrites.

Dr J. MELOTTI.

Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau (thèse de doctorat ; par Maurice VALLAS, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon. — J.-B. Baillière, 1887.

Les ulcérations tuberculeuses n'ont été isolées des lésions dites scrofuleuses de la peau que tout dernièrement, à la suite des études sur les tuberculoses locales. Après les ulcérations de l'anus et de la bouche, les gommes scrofulo-tuberculeuses de la face et du cou furent étudiées. Brissaud et Josias en 1879 ; Volkmann en 1885 ; M. Hanot tout récemment pour les gommes ulcéreuses ; Friedlander, Chandelux, Renaut, Cornil et Leloir, et après eux beaucoup de chercheurs pour le lupus, montrèrent de par le tissu et de par le bacille la nature tuberculeuse de ces lésions. Il y faut joindre une forme verruqueuse de tuberculose cutanée décrite par Kiehl en 1885 ; et le tubercule anatomique, regardé depuis longtemps comme spécifique par Verneuil, Vidal et Besnier, dans lequel on trouve le bacille de Koch. De ces lésions, ulcères, gourmes, tubercules simples et verruqueux et lupus, c'est la première, l'ulcération anale que M. Vallas étudie dans sa thèse.

Les ulcérations anales sont les plus connues ; puis les labiales, celles qui sont entièrement cutanées, plus rares, sont négligées dans les classiques. Pourtant un certain nombre d'observations produites surtout dans ces derniers temps, par MM. Lailler, Hanot, etc., ont été rassemblées dans la thèse du docteur Ritzo. M. Vallas, interne de M. Poncet, apporte trois cas personnels et trois cas de bibliographie, comme base à l'étude qu'il entreprend.

Aux *symptômes*, l'auteur distingue deux sortes de début. L'ulcération se développe au niveau d'un traumatisme ou se forme à la suite d'une pustule spontanée qui ne se cicatrise pas. Ses dimensions sont variables, sa forme serpigineuse, ses bords taillés à pic, la surface rouge, granuleuse, presque sèche,

parsemée de petites taches jaunâtres caractéristiques. Il existe autour de la lésion des granulations satellites. L'ulcère est souvent multiple. La douleur est très vive. L'auteur insiste sur ce point que l'état général des sujets est *toujours* mauvais; la tuberculose pulmonaire serait la règle absolue. M. Marfan a soutenu récemment dans les *Archives générales de médecine* une thèse opposée à propos des scrofulides.

Le chapitre de l'*anatomie pathologique* est particulièrement bien traité. Les travaux des Lyonnais Renaut, Chandelux, Champeil y sont largement cités. La néoplasie débute dans le derme où on trouve les nodules élémentaires, les follicules de Köster et les traînées infiltrées; et, dans les formes de régression, le nodule de Friedlander, entouré d'une zone de tissu réticulé, et le nodule fibreux pur. Il faut y joindre la présence des bacilles en quantités variables. A ces lésions correspondent des formes cliniques: 1° le nodule de Friedlander serait spécial au lupus. 2° Les follicules en dégénérescence caséeuse appartiennent aux ulcérations linguales et à un certain nombre d'ulcérations cutanées. Au-dessous de la lésion, le derme est épaissi, autour les vaisseaux sont obstrués; la propagation se fait par les traînées infiltrées dans lesquelles on retrouve le bacille au milieu des grosses cellules globuleuses de l'inflammation spécifique. Les glandes résistent longtemps, contrairement à ce qui se passe dans la tuberculose laryngée. 3° Le follicule de Köster, isolé, donne une troisième forme, la tuberculose cutanée folliculaire, qui s'ulcère par nécrobiose lente des tissus péri-folliculaires. Les altérations correspondantes à ces formes sont suivies avec précision, minutie et élégance. Ce mot ne surprendra que ceux qui n'ont pas lu les descriptions de pièces du professeur Renaut, qui a contrôlé les résultats de l'auteur et l'a évidemment inspiré.

Les bacilles ont été recherchés et les inoculations faites. Ces inoculations réussirent en série chez les cobayes, mais ne furent jamais positives chez les lapins. Ces expériences faites par l'auteur au laboratoire du professeur Arloing confirment les idées de ce dernier sur les différences d'intensité dans l'agent infectieux, cause de la scrofule et de la tuberculose; le produit tuberculeux du poumon, par exemple, réussissant à infecter cobayes et lapins, et le produit d'une scrofule ne tuant que les cobayes.

Au point de vue *pathogénique*, il faut se demander si l'agent infectieux est apporté par le sang au contact des éléments anatomiques ou si l'infection se fait par auto-inoculation directe. C'est à ce dernier avis que se range l'auteur, après critique des observations et malgré les expériences de Bollinger (1883) qui furent négatives. Le *diagnostic*, relativement facile de l'ulcération tuberculeuse sera fait avec le chancre induré, le chancre mou, les ulcérations tertiaires, l'épithélioma cutanée.

Le *pronostic* est assombri par la tenacité de la lésion, qui ne guérit pas et par la tuberculisation pulmonaire possible. Le chapitre du traitement n'existe à peu près pas, l'auteur finit par recommander l'iodoforme.

En résumé, étude complète et intéressante des tubercules du derme, à propos de laquelle les principaux problèmes relatifs à cette question de la tuberculose sont soulevés et discutés. C'est là une excellente thèse de laboratoire, qui fait honneur à l'école de Lyon, bien que les *Peauciers* puissent trouver la partie clinique un peu brève. ALEX. PILLIET.

Des rapports de l'adenopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire; par D. SANCHEZ-TOLEDO Thèse de doctorat, 1887.

Dans sa thèse inaugurale faite sous l'inspiration de M. Grancher, l'auteur se propose d'étudier un point encore peu connu et peu exploré dans l'étude de la tuberculose, les rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pulmonaire. L'adénite se présente, au point de vue clinique, dans plusieurs conditions différentes: elle est isolée ou associée à des adénopathies trachéo-bronchiques et sus-claviculaires; ou bien encore elle accompagne des adénites dites scrofuleuses des régions sous-maxillaire, cervicale, etc.

Dans le premier cas, l'adénopathie axillaire doit être considérée, dans bien des circonstances, comme une complication immédiate de la tuberculose pleuro-pulmonaire; mais, tantôt, la lésion ganglionnaire est la maladie prédominante, essentielle pour ainsi dire, tantôt elle s'efface devant des lésions pulmonaires beaucoup plus importantes. Dans l'immense majorité des cas, lorsqu'on examinera attentivement le sommet du poumon d'un individu atteint d'engorgements des ganglions de l'aisselle, on y constatera quelques lésions, fussent-elles même très peu accusées. C'est là un point fort intéressant au point de vue du pronostic; mais il faut se rappeler aussi qu'avec de grosses lésions ganglionnaires et de petites lésions pulmonaires, on peut voir survenir la guérison.

Lorsque l'adénopathie axillaire s'accompagne de lésions ganglionnaires cervicales et trachéo-bronchiques, la filiation des accidents est encore plus facile à saisir: la lésion du poumon a retenti d'emblée sur toute cette chaîne ganglionnaire qui, du hile du poumon, se continue jusqu'aux ganglions de l'aisselle. Mais, dit M. Sanchez, le plus souvent il n'existe qu'un rapport indirect entre l'adénite axillaire et la lésion du poumon; ce sont deux lésions qui se développent simultanément et parallèlement; ce sont alors le plus souvent des individus *scrofuleux* qui voient la maladie, localisée jusque-là dans les ganglions sous-maxillaires, se généraliser de divers côtés.

Ces considérations cliniques permettent déjà de supposer comment se fait, dans ces diverses circonstances, la propagation du virus tuberculeux.

L'adénopathie peut être due à une infection directe, se faisant de proche en proche, en partant du poumon, à travers les parois thoraciques. Il n'y a cependant pas de lymphatiques sous-pleuraux, ainsi que le prouvent les recherches anatomiques de l'auteur, qui se jettent directement dans les ganglions de l'aisselle

Dans d'autres cas, c'est par l'intermédiaire des ganglions trachéo-bronchiques et sus-claviculaires que se prennent ceux de l'aisselle.

Ces diverses voies de propagation font comprendre comment il se fait que l'adénopathie axillaire et la lésion pulmonaire, souvent minime, siégent habituellement du même côté.

Lorsqu'il s'agit d'un individu atteint depuis longtemps d'adénites sous-maxillaires ou cervicales, c'est par voie de contiguité ou par suite d'obstacles au cours de la lymphe et par développement de voies collatérales que se fait la propagation; les ganglions sus-claviculaires se prennent, puis les axillaires en même temps que les ganglions médiastinaux et le poumon lui-même sont atteints à leur tour.

Que l'on se place au point de vue de l'étude de la tuberculose en général et surtout de son mode de propagation dans l'organisme, ou que l'on reste sur le terrain purement clinique, la thèse de M. Sanchez présente un réel intérêt. W. O.

Novo processo de resecção total do maxillar superior; par le prof. José PEREIRA GUIMARÃES.

M. le Dr Guimarães, professeur à la Faculté de Rio de Janeiro, décrit comme il suit son nouveau procédé, qui consiste, non en modifications des différents temps de l'opération, mais seulement dans la combinaison de trois incisions un peu différentes de celles qui ont été jusqu'ici conseillées pour mettre à nu la face antérieure de l'os:

« Une première incision suit un trajet ascendant le long du sillon naso-labial, depuis la portion du bord libre de la lèvre supérieure qui se trouve immédiatement en avant de la commissure labiale, jusqu'à la partie latérale et inférieure de l'aile du nez; une seconde incision part de l'extrémité supérieure de la première et se termine au niveau de la partie interne du bord inférieur de la base de l'orbite, après avoir suivi, dans son trajet ascendant, la limite postérieure de la face correspondante de l'aile du nez; et une troisième incision va de l'extrémité supérieure de la précédente jusqu'à la partie moyenne de la face externe de l'os malaire, en cheminant le long et un peu au-dessous du bord inférieur de la base de l'orbite. La troisième incision et la première sont courbes, celle-ci concave en bas et en avant pour correspondre au sillon naso-labial, et celle-là concave en haut pour suivre le sillon formé au niveau du bord adhérent de la paupière inférieure, sillon qui est assez prononcé chez quelques individus. »... « On obtient ainsi deux lambeaux, l'un à base externe, constitué par les tissus compris entre le bord de l'orbite, l'aile du nez et le

sillon naso-labial, et l'autre à base interne, formé aux dépens de la portion correspondante de la lèvre supérieure. » L'auteur considère cette combinaison d'incision comme constituant un procédé supérieur à ceux de Gensoul, de Langenbeck, de Dieffenbach, de Michaux et de Velpeau, en ce qu'il ne laisse pas de cicatrices aussi apparentes et aussi disgracieuses que les quatre premiers et n'expose pas à la blessure du canal de Sténon comme le dernier; ce procédé se rapproche de ceux de Blandin et de Liston au point de vue de la commodité opératoire et de la conservation du canal de Sténon, mais il a sur ces derniers cet avantage, que deux des lignes cicatricielles, la première et la troisième, sont dissimulées dans des sillons naturels. — L'exposé de ce point de médecine opératoire est accompagné d'une intéressante observation de sarcome du maxillaire supérieur, traité par l'extirpation totale de l'os; le succès opératoire fut complet, et le résultat esthétique absolument satisfaisant. Quand au résultat thérapeutique définitif, on ne peut encore en rien dire, car l'opération ne date que de mars, et malheureusement fait bien peu rassurant pour l'avenir, l'examen microscopique de la tumeur a démontré qu'au lieu du sarcome diagnostiqué avec quelques réserves par l'auteur, il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde.

Ch. H. Petit-Vendol.

Elementos de fisologica general; por Federico Gutierrez Jimenez, catedratico en la Facultad de medicina de Granada. — Granade, 1887. 310 p. in-8.

C'est le résumé des leçons qu'il a faites à l'Université de Grenade que M. Gutierrez nous offre comme un manuel de physiologie générale. Le professeur espagnol a pensé qu'à côté des ouvrages de Claude Bernard, à côté du livre de Preyer, il y avait place pour un traité élémentaire consacré à une étude d'ensemble des sciences de la vie. Il a voulu donner à ce traité une forme didactique, précise et claire : il a essayé de dégager du fatras bibliographique tout ce qui était simple et indiscutable. Aussi, ce qu'il expose dans son livre, c'est surtout son opinion personnelle, opinion qu'il suit du reste avec beaucoup de logique et qu'il établit sur les bases les plus solides.

M. Gutierrez, après avoir défini l'objet de la physiologie, détermine ses rapports avec les autres sciences biologiques. La description des méthodes et des moyens d'investigation, l'histoire de la physiologie, l'étude des corps organisés, des forces auxquelles ces corps sont soumis, des formes qu'ils revêtent, des fonctions qu'ils doivent réaliser, occupent la première partie du livre. La seconde est consacrée à l'examen des organismes élémentaires : elle envisage successivement les différents modes de l'activité de la cellule. Vient ensuite l'étude de l'histophysiologie, de la physiologie générale des tissus, que ces derniers appartiennent au règne animal ou au monde végétal. Puis la notion du tissu conduit l'auteur à celle de l'organe et de l'appareil : de là, dans la quatrième partie de l'ouvrage, il est amené à la conception de l'organisme complet dont il analyse les diverses fonctions, les différentes formes d'énergie. Enfin, M. Gutierrez termine son traité par des considérations sur la génération spontanée et sur le problème de l'hérédité.

Nous ne possédons pas en France d'ouvrage élémentaire traitant particulièrement de la physiologie générale : cette dernière est, en effet, reléguée dans quelque coin des livres de physiologie spéciale et descriptive. Mais, quoiqu'écrit en espagnol, le manuel de M. Gutierrez est bien français par la clarté de l'exposition et par la simplicité du style : c'est, du reste, à nos auteurs classiques que le professeur de Grenade rapporte la plus grande partie des idées générales qui abondent dans son livre et qui à nos yeux en doublent le prix.

P. L.

De la détermination des fonctions chimiques; par MM. P. Chastaing et E. Barillot. — O. Doin, éditeur.

Cet ouvrage a essentiellement pour but : 1° Etant donné un composé organique, déterminer la place qu'il doit occuper dans la classification des composés organiques; 2° étant donné un mélange de composés organiques, les séparer et les caractériser isolément. On conçoit l'utilité de ce mode d'analyse lorsqu'on réfléchit au nombre infini des composés du carbone. Ce livre pourra être utile non seulement au chimiste, mais encore au médecin qui désire savoir à quelle classe de composés organiques appartiennent les médicaments chimiques qu'il voit naître chaque jour. La place des médicaments connus est fixée, quant à la place des médicaments que l'avenir nous fera connaître, elle sera facilement déterminée par l'emploi des méthodes simples indiquées dans ce livre.

Il est divisé en deux parties : « La première contient quelques notions abrégées sur l'analyse immédiate, l'analyse élémentaire et les propriétés physiques des corps. Elle est terminée par un chapitre concernant l'emploi des réactifs et leur mode d'action. Ces notions sont les bases premières sur lesquelles il convient de s'appuyer pour appliquer à un corps l'ensemble des réactions qui conduisent à en préciser la fonction. La seconde partie traite des fonctions elles-mêmes.

« Dans le premier chapitre, une méthode simple permet d'é-
« tablir la fonction probable du corps examiné; elle renvoie
« ensuite aux chapitres propres à chacune d'elles. Dans les
« chapitres suivants, on trouve quelques généralités sur la
« fonction envisagée, puis les réactions permettant d'effectuer
« soit la séparation soit la détermination précise des composés
« définis. »

On voit par cet extrait de la préface la substance de ce livre, tout y est exposé d'une façon dichotomique facile et claire pour le praticien. De nombreuses indications bibliographiques permettant aux lecteurs de développer certains points, ce livre n'aura donc pas seulement sa place dans les laboratoires et dans les bibliothèques des chimistes, il sera lu avec intérêt par toutes les personnes qui s'intéressent aux sciences d'observation, en particulier à la chimie, c'est à ce titre que nous le présentons ici.

P. Yvon.

Suggestion, auto-suggestion et vivacité du souvenir dans le sommeil hypnotique. Action des médicaments à distance. Suppression momentanée des attaques hystéro-épileptiques et des vomissements nerveux; par le Dr Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière.

M. Jules Voisin a fait part à la Société médico-psychologique, séance du 31 octobre 1887, de ses nouvelles recherches sur l'action des médicaments à distance chez les hystériques. Ses conclusions sont identiques à celles qu'il formula l'année dernière (1); la suggestion et l'auto-suggestion sont les seules causes des phénomènes que nous voyons se dérouler sous nos yeux; mais il y ajoute un nouveau facteur : la mémoire. La vivacité du souvenir est très nette dans la nouvelle observation qu'il publie. Elle nous explique la répétition des phénomènes à une époque éloignée du début de l'expérience. Elle est consécutive à la suggestion. Le médecin de la Salpêtrière profite de cette observation pour réfuter les arguments que MM. Bourru et Burot développent dans leur nouveau livre sur la suggestion mentale (2). Il se sert du texte de leurs observations pour prouver que les sujets sur lesquels ils ont expérimenté n'étaient pas à l'état de veille comme ils le prétendent pendant leurs expériences, mais bien dans un état hypnotique et que cet état qui d'après eux n'est pas susceptible de suggestion est justement le plus favorable pour la suggestion. En terminant, M. Voisin tire une déduction thérapeutique de son observation : c'est la suppression momentanée (6 mois) des attaques d'hystérie et des vomissements par la suggestion.

Di una doppia epidemia di morbillo ed ipertosse (*Sur une double épidémie de rougeole et de coqueluche*); par le Dr Massalongo Roberto. Ext. de la *Riforma medica*, n° 103. 1887).

Une cruelle épidémie de rougeole s'abattit en décembre 1886 et en janvier 1887 sur une petite contrée alpestre de la province de Vérone. Les enfants furent atteints en très grand nombre (700 en six semaines) et la mortalité fut élevée. Des accès de toux convulsive se montrèrent presque toujours à la fin de la maladie. Cette double épidémie fit la tache d'huile et gagna bientôt la province tout entière. L'auteur, envoyé sur les lieux par le préfet de Vérone, discute les relations pathogéniques des deux infections successives qu'il a constatées. Il reste un doute sur la nature exacte de le seconde maladie; s'agit-il de coqueluche véritable ou de toux coqueluchoïde ?

(1) Jules Voisin. — *Annales médico-psych.* T., V., n° 1., Janvier 1887.

(2) Bourru et Burot. — *Suggestion mentale*. J.-Baillère 1887.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Le nouvel hôpital de Vichy (1).

Le nouvel hôpital-hospice de Vichy, bien qu'il ne soit pas encore complètement achevé, a été inauguré le 28 octobre. Il est situé à la Croix des Renards, à quelques centaines de mètres du centre de la ville, sur un terrain sec, en pente. De larges voies en rendent l'accès facile. Sa superficie est de 58,692 mètres carrés ; la surface bâtie est de 9.290 mètres. L'établissement contiendra environ 350 lits. En comptant la chapelle et le logement de l'aumônier, constructions bien inutiles, l'hôpital comprend vingt pavillons isolés, reliés par 774 mètres de galeries couvertes. Les pavillons « destinés aux malades, aux vieillards et à l'orphelinat sont orientés, suivant leur grand axe, du N.-O. au S.-E. « Cette orientation est défectueuse, dit M. Mallat, car les vents dominants du S.-O. vont souffler dans une direction perpendiculaire à la façade des salles, après avoir passé à travers toute la ville : il peut en résulter, d'abord, le transport des miasmes du dehors à l'intérieur de l'hôpital, ou même d'une salle de malades dans celles qui se trouveront plus loin. On aurait évité cet inconvénient en orientant les pavillons du N.-E. au S.-O.; mais la déclivité assez forte du terrain a empêché de choisir cette dernière orientation. Nous le regrettons au point de vue de l'hygiène générale. »

L'hôpital de Vichy comprend : 1° l'*hôpital civil*, destiné à recevoir les malades de Vichy et de 16 communes avoisinantes ; 2° l'*hospice* pour les vieillards des deux sexes ; 3° un *orphelinat* pour garçons et filles ; 4° l'*hôpital thermal* pour les indigents de France pendant la saison d'été; 5° une salle pour militaires et une chambre d'officier. Le côté gauche de l'établissement est affecté aux femmes et le droit aux hommes. Le plan que nous reproduisons et la légende explicative très détaillée que nous donnons, permettent de se rendre compte de la disposition de tous les différents services.

L'hôpital thermal et la Chapelle sont situés sur la partie basse du terrain, et, pour se rendre de là aux cuisines, par exemple, il faut faire un long chemin ou gravir 46 marches d'un escalier assez rapide. — Sur le même plan se trouvent les bureaux d'administration avec logements trop exigüs, la Chapelle et, en avant, dans un endroit favorisé le logement de l'aumônier.

Au second plan, à dix mètres au-dessus du premier, est placé l'hôpital (H. et F), ainsi que les salles militaires. La communauté occupe le rez-de-chaussée du bâtiment des femmes.

Vingt mètres plus loin, au milieu environ de l'emplacement, dans une direction perpendiculaire aux bâtiments précédents, ont été construites la cuisine et la lingerie ; à droite, la pharmacie et le logement des servants à gauche. Plus loin encore, on trouve, et cela du même côté gauche, l'*hospice* (hommes et femmes), et, à droite, l'orphelinat (garçons et filles). Il importe, après ces données générales, d'examiner, d'une façon particulière, chaque service.

Salles de malades. Tous les bâtiments de l'hôpital, de l'hospice et de l'orphelinat ont un rez-de chaussée et un premier étage. Les salles de l'hôpital thermal ont 31 mètres de long, celles de l'hôpital civil 20 mètres 50. Au rez-de-chaussée, elles ont toutes 4 mètres de hauteur et 5 mètres 75 de largeur; au premier étage, 5 mètres en hauteur et 9 mètres en largeur. Cette différence tient à un promenoir qui se trouve le long des salles du bas. Suivant leur superficie, elles contiennent soit 10 lits seulement, soit 24, soit 28 au maximum. Leur cube est calculé de telle façon, que chaque malade ait 50 m. cubes environ d'air ; comme on le voit, cette proportion est un maximum respectable. Les portes d'accès dans les salles sont suffisamment larges. Il y en a toujours au moins une qui peut permettre le passage d'un brancard. Les fenêtres qui ont une grande surface sont placées sur les longs côtés des salles, directement en regard les unes des autres. L'imposte supérieure n'est qu'à quelques centimètres du plafond. Il serait désirable qu'elle fut constituée par une ventelle à soufflet basculant sur son axe et munie d'appendices métalliques destinés à fermer les ouvertures latérales. La distribution de l'air eut été ainsi plus facile. Extérieurement, aux croisées, se trouvent des stores en toile, se manœuvrant de l'intérieur sans qu'il soit besoin d'ouvrir.

Les murs sont peints avec une couleur à la colle et les angles qu'ils forment entre eux, avec le plafond ou avec le plancher, sont droits. Ce sont là de grosses fautes que l'on peut encore réparer. Il fallait stuquer les murs intérieurs de l'hôpital et

(1) Cette description est faite d'après [illegible] M. Mallat, rédacteur des *Annales de médecine thermale*, a eu l'obligeance de nous communiquer.

Fig. 20. — Plan général du nouvel hôpital-hospice de Vichy. — LÉGENDE EXPLICATIVE : *Bâtiment* A : *rez-de-chaussée (hommes)*. — Salle pour 10 lits. — *r*. Réfectoire des « buveurs d'eau. » — *v*. Vestibule. — *e*. Escalier central. — *o*. Office. — *po*. Portiques ouverts. — *pf*. Portiques légers en fer. — *o*. Office. — 12. Tisanerie. — 13. Chambres [illegible]. — 14 w. c. Administration. — 11. Salon de la Supérieure. — 10. Salle d'attente. — 5. Bureau de l'Économe. — 6 Bureau des Administrateurs. — 7. Bureau du Secrétaire. — 8. Escalier de service. — 9. Logement du concierge.

Au 1er étage, à droite et à gauche de la cage de l'escalier du bâtiment des buveurs d'eau (hommes), se trouvent deux grandes salles tenant toute la largeur du bâtiment et contenant chacune 28 lits ; au milieu, en face de l'escalier, se trouvent le bureau de surveillance et la chambre réservée à la sœur surveillante.

A ce même étage, et dans le bâtiment en retour d'équerre, au-dessous des locaux d'administration ci-dessus indiqués, sont disposés les logements de l'Économe et celui du Secrétaire.

Bâtiment B ; *rez-de-chaussée (femmes)* : Disposition symétrique à celle du bâtiment A des hommes. Dans l'aile en retour d'équerre faisant pendant à celle du bâtiment A, et contenant les locaux d'administration ci-dessus désignés, nous trouvons : 1. Salle d'attente entre les cabinets des médecins, — 2. Cabinet du médecin en chef. — 3. Cabinet du médecin adjoint. — Escalier montant au 1er étage, — 4. Salle d'attente des baigneurs.

Au 1er étage sont deux grandes salles de chacune 28 lits ; une plus petite, de 8 lits, dans l'aile ; et près de l'escalier une tisanerie ; et, au-dessus de la salle d'attente ci-dessus indiquée, sont deux chambres réservées; avec water-closets.

Bâtiment C : *rez-de-chaussée (hommes)* : *s*. Salle pour 8 lits (soldats) et, une salle pour 8 lits (blessés). — *ll*. Escaliers. — *r*. Chambre d'isolement. — *d* Chambre d'officier. — *tt*. Tisaneries. — *nn*. Cellules des sœurs surveillantes. — *o*. Salles d'opérations. — *r*. Dépôts. — *pp*. Portiques ouverts.

Au 1er étage sont, à droite et à gauche du pavillon central, deux salles contenant chacune 20 lits. Dans ledit pavillon, près de l'escalier principal, se trouvent deux chambres réservées, une tisanerie, un cabinet et une cellule de surveillante. A chaque extrémité du bâtiment sont réservés deux autres chambres et une chambre d'isolement, puis des water-closets.

Bâtiment D ; *rez-de-chaussée (femmes)* : *s*. Dortoir pour quatorze servantes. — *l*. Lingerie. — *r*. Repasserie. — *r*. Réfectoire des servantes. — *o*. Office. — *d*. Dépôt de linge. — *e*. Escalier. — *v*. Vestiaire. — *l*. Lavabos. — *l*. Lingerie de la communauté.

Au 1er étage du bâtiment D, existe, à peu près, la même distribution que celle du premier étage du bâtiment C.

Bâtiment H. : *s*. Dortoir pour six servantes. — *r*. Réfectoire pour six servantes. — *o* Office. — *l* Lavabos. — *m*. Magasin.

Bâtiment I *Service médical et pharmaceutique* : *p*. Pharmacie. — *l*. Laboratoire. — *m*. Cabinet du médecin principal. — *c*. Cabinet du médecin adjoint. — *a*. Salle d'attente. — *m*. Logement de l'interne.

Bâtiment J. *Cuisines* : *c*. Cuisine. — *l*. Laverie. — *g*. Garde-manger. — *e*. Escalier. — *o* Office. — *p* Provisions. Les trois bâtiments H, I et J ne s'élèvent pas au-dessus du rez-de-chaussée.

Bâtiment K (*Communauté*) : *sb*. Dortoir pour huit sœurs « laveuses d'eau » étrangères à l'hôpital. — *l*. Lavabos. — *o*. Office. — *r*. Réfectoire. — *p*. [illegible]. — *e*. Escalier.

Au 1er étage sont les dortoirs pour vingt religieuses attachées à l'hôpital; des lavabos et [illegible] le logement de la communauté.

Bâtiment E et F (*Hospice*) *rez-de-chaussée* : *rr*. Réfectoires. — *p*. [illegible] — *oo*. Office. — *dd*. Dépôt. — *ee* Escalier et water-closets.

Bâtiment G (*Orphelinat*) *rez-de-chaussée* : *cc*. Classes. — *rr*. Réfectoires. — *oo*. Offices. — *dd*. Dépôts. — *g* [illegible].

Bâtiment L *Service balnéaire* : *h*. Hydrothérapie. — [illegible] Vestiaire (côté hommes, côté femmes). — *bb*. Bains (côté hommes, côté femmes). — *dd*. Salle de désinfection et [illegible]. — *r* Réservoir.

Bâtiment O (*Maternité*) : *c*. Chambres d'accouchées. — [illegible] Salle d'accouchements. — [illegible]. — *o*. Offices.

Bâtiment P (*Syphilitiques*) : *l*. Chambre à 2 lits (hommes). — *f*. Chambre à 2 lits (femmes). — *t* Tisanerie. — *l*. Dépôt.

Bâtiment Q (*Aliénés*) : *h h*. Cabanons (hommes). — *f. f*. Cabanons (femmes). — *t* Tisanerie. — *v. v*. Vestibules. — *e. e*. Water-closets.

Bâtiment R *Maison de veuvage* [illegible] : *h. h* [illegible]. — *d* Dépôt. — *m*. Magasin. — *w. c*. Water-closets. — *e*. Escalier conduisant au premier étage. — [illegible] premier étage.

Bâtiment S (*Remise* [illegible]) : [illegible] pour 6 voitures. — *q*. Logement [illegible]. — *e*. Écurie des vaches. — *e*. Écurie des [illegible].

Bâtiment T [illegible]. — *b*. Buanderie. — *l*. Linge sale. — [illegible].

Bâtiment U *Morgue* : [illegible] Salle d'autopsies. — [illegible]. — *w. c*. Water-closets.

Bâtiment V (*Aliénés*) : [illegible]. Chambres et cellules.

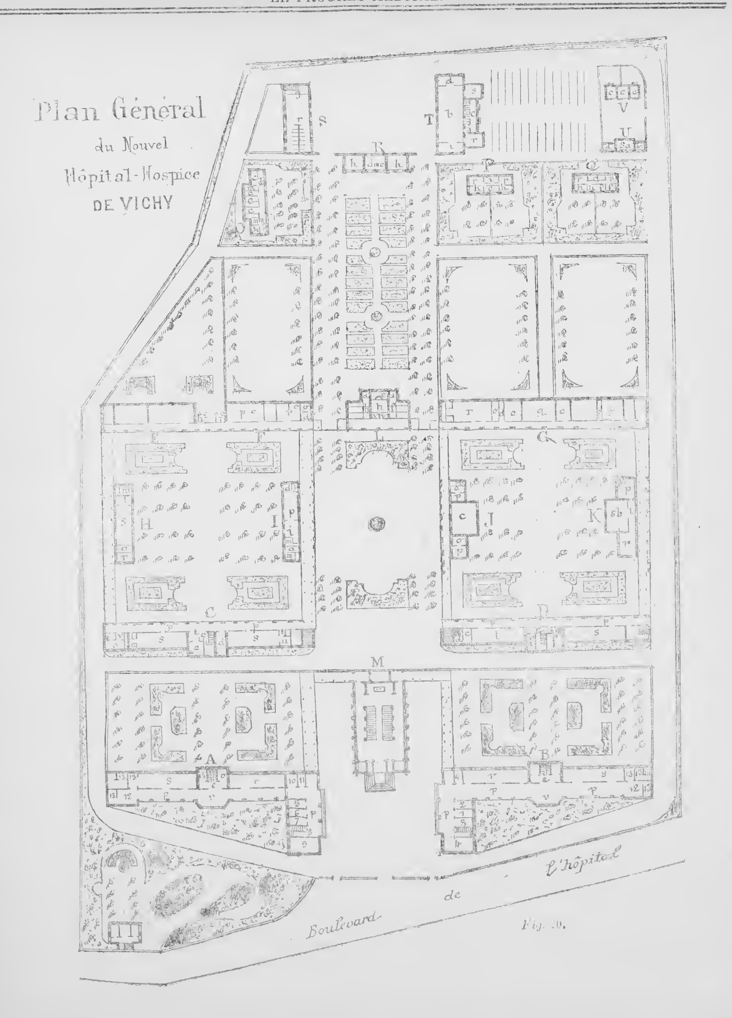

Plan Général
du Nouvel
Hôpital-Hospice
DE VICHY
Boulevard de l'hôpital

Fig. 20.

arrondir tous les angles, suivant un rayon de 20 à 25 centimètres, afin d'éviter les nids à microbes et de permettre de laver les parois des salles à grande eau ou avec des solutions désinfectantes. Dans quelques planchers, les joints ne sont pas bien faits. Il serait bon de les unir au blanc de plomb saturé d'huile de résine. Chaque bâtiment comprend deux salles au rez-de-chaussée et deux salles au premier, séparées par les locaux réservés au service, et, dans chaque service, plusieurs chambres d'isolement. — Signalons que l'une des *salles d'opérations* est beaucoup trop exiguë.

Escaliers. Les escaliers sont d'un accès facile, parfaitement éclairés et aérés. Les paliers sont assez spacieux pour qu'on puisse facilement y manœuvrer un malade sur un brancard. — Mêmes critiques aux murs des escaliers qu'à ceux des salles de malades.

Chauffage, ventilation, éclairage. Le chauffage se fera au moyen de calorifères à air ou à eau qui, avec des prises d'air établies dans chaque salle, doivent établir la ventilation. L'expérience est nécessaire pour les juger. — L'hôpital sera éclairé au gaz.

Alimentation d'eau. L'administration de l'hôpital de Vichy est en train de commettre une faute contre laquelle on ne saurait trop vigoureusement protester au point de vue de l'hygiène. Le point le plus élevé de l'emplacement de l'hôpital n'est situé qu'à 0 mètre 80 au-dessous du niveau du réservoir d'eau des Garets. Il est donc impossible d'alimenter l'hôpital tout entier avec l'eau de la ville. Devant cette situation, l'administration a décidé de faire creuser un lavoir dans la partie la plus basse du terrain, lequel lavoir pourrait être rempli par cette eau, et d'alimenter le reste de l'hôpital au moyen de l'eau d'un puits. M. Mallat, dans la note que nous résumons, s'élève avec raison, croyons nous, contre cette détermination, et il rappelle un passage de son livre sur les *Eaux douces de Vichy* dans lequel il a signalé les inconvénients du projet auquel on s'est arrêté et les avantages qu'il y avait, soit à utiliser les eaux d'une source en établissant un réservoir à une hauteur convenable, soit en élevant les eaux de l'Allier et il continue ainsi :

« On a construit des bains dans lesquels on ne baignera pas, une salle d'hydrothérapie où on ne prendra pas de douches, une blanchisserie où on ne blanchira pas, des égouts qui recevront toutes les eaux sales et insalubres et tous les détritus de ce vaste établissement, et qui n'auront point de chasses d'eau, des water-closets qu'on ne pourra pas inonder, des salles de malades, aux abords desquels il y aura tout un tuyautage et de nombreux robinets qu'on tournera en vain, sans jamais y voir apparaître la moindre goutte de liquide. »

Egouts. Un égout collecteur descend du haut en bas de l'hôpital. Il reçoit des collatéraux qui passent devant chaque bâtiment et lui apportent, non seulement l'eau de pluie, mais le tout à l'égout si on excepte les matières fécales. Il serait facile, pour donner à ces égouts l'eau qui leur est nécessaire, de prendre à la ville celle qu'elle a de trop dans sa conduite de la Font-Fiolant. Cela serait suffisant pour établir un écoulement constant et constituer, si on le désirait, des chasses d'eau assez puissantes.

Bains et hydrothérapie. M. Mallat n'insiste pas sur ce service ; il pense qu'il faut attendre que l'expérience soit faite.

Maternité. Murs non stuqués. Chambres d'accouchement bien trop petites. Il faut, là surtout, un cube d'air très considérable par malade. Cette maternité est une petite réduction des pavillons Tarnier. Mais le service de surveillance y sera moins facile que dans ceux-ci.

Isolement. — L'espace manque dans les chambres de contagieux. Il importe que pour ceux-là tout le service soit absolument séparé du reste de l'hôpital ; il ne faut pas, par exemple, que les infirmiers ou infirmières servent à transporter les germes des maladies à travers les salles des autres malades : l'isolement des contagieux doit être complet, c'est-à-dire qu'il faut qu'ils aient baignoire, hydrothérapie, cuisine, lingerie spéciales, il faut que les servants et servantes de ces salles ne pénètrent dans aucune autre partie de l'hôpital, ils faut qu'ils s'isolent dans leur service. Rien de cela n'est possible avec les pavillons construits à Vichy ; l'isolement n'y sera que platonique, alors qu'il devrait être rigoureusement absolu. Ce n'est pas tout de construire un bâtiment plus ou moins important et d'inscrire sur sa porte le mot contagieux ; il faut encore que l'isolement y soit possible : il ne le sera pas à l'hôpital de Vichy. Nous ne disons rien du service spécial pour les syphilitiques.

Cabinets d'aisance. — Ils sont placés à l'extérieur des bâtiments ; les fosses sont étanches. La disposition adoptée exige que l'on monte sur le siège, ce qui est une première faute ; la soupape du fond ne peut s'ouvrir qu'à la condition qu'on prenne la précaution d'appuyer avec le pied sur le rebord de la cuvette, ce qui constitue un gros péché contre l'hygiène. Sans eau et avec cette installation nous pouvons prédire que ces réduits qui ne sont ni trop clairs, ni trop aérés, seront fort sales. Nous souhaitons, sans l'espérer, qu'il en soit autrement.

Etuve à désinfection. — On a oublié d'en prévoir la construction. Il serait nécessaire de réparer cet oubli et de faire construire cette étuve, de telle façon que tous les malades de la ville puissent y venir faire assainir leurs vêtements ou autres objets contaminés comme l'avait fait réclamer par la Société d'hygiène de Vichy M. le Dr J. Nicolas (du Mont-Dore).

Ameublement. — On transporte l'ancien mobilier de l'hôpital actuel dans les nouveaux bâtiments. Cet ancien mobilier est réparé et nettoyé avant ce transport. Ces nettoyages grossiers sont-ils suffisants ?... Il eut été désirable qu'un ameublement neuf fut acquis pour le nouvel hôpital. Nous regrettons qu'il n'en soit pas ainsi.

Service. — Le service va devenir beaucoup plus difficile qu'à l'ancien hôpital. Il est nécessaire qu'il soit établi intelligemment. Nous croyons savoir qu'un nouveau règlement va être rédigé. Nous aurons à revenir sur ces questions lorsque le nouvel hôpital aura montré par la pratique ce qu'il y aura de bon ou de défectueux dans son fonctionnement hospitalier et administratif.

Montant de la dépense. — La construction du nouvel hôpital coûtera en chiffres ronds . . . . 1,700,000 fr.

(La chapelle interviendra dans cette somme pour le prix exorbitant de 300,000 fr. au moins).

L'acquisition du terrain a coûté. . . . . . 130,000 fr.

Soit une dépense totale de. . . . 1,830,000 fr.

De ces chiffres, nous rapprocherons le coût de l'*Hôpital du Havre*, inauguré en 1885 et qui peut passer comme un modèle des établissements de ce genre (1). La surface occupée par cet hôpital est de 65,000 mètres, il contient 312 lits, et le montant de la dépense se décompose ainsi ;

Construction	1,200,000 fr.
Mobilier	200,000 »
Acquisition de la propriété	475,000 »
Total. . . .	1,875,000 fr.

« Ces chiffres sont éloquents. Ils prouvent qu'à Vichy, avec la somme dépensée, on aurait pu faire mieux tout en faisant aussi grand. Pour nous résumer nous dirons qu'il semble qu'en édifiant le nouvel établissement hospitalier de Vichy on ait eu plus en vue l'aspect extérieur que la commodité intérieure. L'hygiène a été, selon nous, complètement sacrifiée à une question d'œil. L'installation de l'hôpital dans ces nouveaux locaux, sera une amélioration certaine vis-à-vis de l'état actuel ; mais il y a loin de la perfection cherchée au résultat obtenu. »

M. Mallat termine en comparant l'*hôpital de Vichy* à l'*hôpital du Havre* et sa comparaison n'est pas à l'avantage du premier. Il insiste principalement sur le côté financier et signale la faute qui a été commise de gaspiller 300,000 fr. à la construction de la chapelle, sans compter le logement de l'aumonier, etc. Si M. Mallat avait poursuivi sa comparaison, il aurait pu dire que prévoir 20 sœurs et 20 infirmières pour soigner 350 administrés dont une partie valide (orphelins et vieillards), c'était grossir démesurément les dépenses annuelles ; que la municipalité et la commission administrative du Havre, plus au courant des besoins de la société civile avaient choisi des surveillantes laïques. Enfin, il aurait pu dire que l'hôpital du Havre était éclairé à la lumière électrique.

(1) Voir le *Progrès médical*, 1885, n° 25, p. 503 et 514 (avec *plan*).

VARIA

Médecins des bureaux de bienfaisance.

Le concours vient de se terminer. La liste des médecins *admissibles* vient d'être arrêtée. Ils sont au nombre de 40 : MM. les docteurs Decaudin, Mérigot de Treigny, Planteau, Dubief, Gény, Barbillion, Courtin, Plateau, Fournel, Monnet, Boehler, Mareiguey, Bernard, Saison, Reuflet, Gougelet, Leroy Goureau, Geneix, Marey, Goldstein-Orval, Yvon, Godet, Bocquet, Jacquemart, Alexandre, Bernheim, Weill, Binaut, Retaud, Thoumas, Savoye, Barbe, Veilleau, Braine, Dusseaud, Pastol, Petit (Léon), Rollin, Duron.

Bibliothéque médicale de l'hôpital Saint-Louis.

Les médecins et chirurgiens de l'hopital Saint-Louis viennent de fonder dans cet hôpital une *Bibliothèque médicale*. Cette bibliothèque qui contiendra les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie générales, sera plus spécialement réservée aux livres anciens et récents, et aux publications diverses concernant la *dermatologie, la syphiliographie et la vénéréologie*. On comprend l'importance de cette bibliothèque, son utilité pour les médecins et pour les élèves, ainsi que le rôle qu'elle est appelée à prendre dans la vulgarisation en France des travaux étrangers si nombreux et si considérables à l'époque actuelle.

Les fondateurs de cette bibliothèque font appel au concours généreux de tous leurs confrères de la France et de l'étranger pour venir à leur aide dans la réalisation de cette œuvre d'utilité générale et internationale. Les *Annales de dermatologie* publieront régulièrement la liste des ouvrages ou publications adressés à la bibliothèque, ainsi que les noms des fondateurs.

On est prié d'adresser les dons à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, 40, rue Bichat, sous le nom de M. le Dr Henri Feulard, secrétaire de la bibliothèque.

La bibliothèque a déjà reçu les envois de nombreux donateurs, parmi lesquels MM. les docteurs Ricord (un exemplaire de ses œuvres); Besnier (plus de 600 volumes, dont les collections du *Bulletin de thérapeutique* et de l'ancien *Journal de médecine*); Fournier (ses ouvrages et de nombreux volumes); Lailler (l'*Index catalogue*); Vidal (collections de journaux, ouvrages divers); Guibout (un exemplaire de ses ouvrages); Peyron, directeur de l'Assistance publique (la *Nosologie naturelle* d'Alibert); Lutz (plus de 500 thèses); Hallopeau (2e édition de son *Traité de pathologie générale*); Bertarelli (de Milan) (l'abonnement, à titre gracieux, au *Giornale delle malattie veneree e della pelle*); Le Dentu (plus de 500 thèses); Le Pileur, Barthélemy et Feulard, etc. (*Ann. de Dermatologie*).

Nous ne saurions trop applaudir à la création de cette nouvelle bibliothèque. Nous rappellerons que vers 1836 les internes en médecine avaient fondé une bibliothèque qui a été réorganisée et largement développée en 1869 ; que quelques années plus tard, M. le Dr Lailler qui a tant contribué à l'organisation du Musée, avait créé une petite bibliothèque spéciale pour les externes de l'établissement. Il y aurait peut être avantage à réunir toutes ces bibliothèques. En tout cas, les bibliothèques de l'hôpital St-Louis, de même que les bibliothèques qui existent dans la plupart des autres hôpitaux fournissent aux internes des ressources précieuses pour leurs recherches scientifiques. Dues, on le sait, à l'initiative des internes et entretenues par leurs modestes cotisations, elles se sont développées sérieusement, grâce aux subventions annuelles du Conseil municipal (1).

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Liste des thèses de Doctorat soutenues pendant le mois de novembre (année scolaire 1887-88).

MM. Berriat : Contribution à l'etude de la coqueluche et de son traitement par les insufflations nasales de poudres antiseptiques. — Negretti : Quelques observations de gangrène gazeuse. — Simond : La lèpre et ses modes de propagation à la Guyane française. — Auché : Etude sur l'épithélioma des os (*anatomie pathologique*). — Salis : Des inoculations tuberculeuses chez le lapin et chez le cobaye. — Bassères : Considérations sur la chirurgie oculaire à la clinique ophthalmologique de Bordeaux (*Hopital Saint-André*). — Petit : Quelques cas de fractures traitées par le massage. — Vincent : Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci. — Vieron : Recherches sur le developpement et l'histogenèse du rein chez

(1) Voir pour plus de details les numéros des Etudiants du *Progrès médical* et notre Rapport au Conseil municipal.

l'homme. — Marloy : Des badigeonnages de perchlorure de fer dans les lymphangites. — Jarjavay : Quelques considérations sur le rhumatisme articulaire chronique, particulièrement chez les vieillards. — Lejeune : Considérations sur l'emploi de l'antipyrine en thérapeutique. — Pascal : La ménaupose prématurée par la castration ovarienne (*Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins*).

Service médical des Sociétés de secours mutuels.

Les Sociétés de secours mutuels et de prévoyance du département de la Seine, dans deux réunions plénières tenues à la Sorbonne, sous la présidence de M. Bonjean, président de la Chambre consultative des Sociétés de prévoyance et de retraite du département de la Seine, ont adopté un projet de statuts et nommé une commission chargée d'organiser un service médical entre toutes les Sociétés adhérentes. — *Extrait des statuts* : Art. 8. Le nombre et le choix des médecins, ainsi que leur répartition par circonscription, seront fixés par l'Assemblée générale, sur la proposition du conseil, en tenant compte du nombre des sociétaires résidant dans chaque circonscription. — Art. 9. Les honoraires des médecins sont réglés à l'abonnement. Le taux annuel de cet abonnement est uniformément fixé à 2 francs par sociétaire (homme ou femme) et à 1 franc par enfant âgé de moins de 16 ans. (Maximum à fixer pour les familles nombreuses). — Art. 10. Un règlement de service médical sera établi par le conseil et proposé à l'acceptation des médecins de l'Association. Avant sa mise en vigueur, le règlement devra avoir été adopté à l'assemblée générale. — *Extrait du règlement médical :* Les médecins seront nommés par l'assemblée générale, sur la présentation du conseil (art. 8 des statuts). Les honoraires seront réglés trimestriellement et par part, en prenant pour base de l'abonnement annuel l'effectif de l'état des sociétaires fourni par le conseil au commencement de l'année (art. 11 des statuts). Il ne sera pas fait de compensation sur le montant de l'abonnement annuel en raison des variations d'effectifs résultant d'admissions, de démissions, de radiation, de décès ou changements de domicile. Les sociétaires changeant de domicile dans le cours d'une année auront droit aux soins du médecin de la circonscription qu'ils viendront habiter. Les médecins devront se rendre chez les sociétaires malades dans le plus bref délai possible. Les médecins devront visiter les candidats. Tout médecin malade ou absent devra se faire remplacer. En cas de démission, le president de l'Union devra être avisé trois mois à l'avance.

Nouvelles expériences de crémation au cimetière du Père Lachaise.

Trois nouvelles expériences de crémation ont eu lieu jeudi dernier au cimetière du Père Lachaise : deux le matin, une dans l'après-midi. Nous avons assisté aux deux expériences du matin portant l'une sur le corps d'un homme (1), l'autre sur celui d'une femme. Elles ont complètement réussi. M. le Dr Chassaing, qui a fait les rapports sur la construction du crématoire, nous a annoncé que, à partir du 1er janvier, on soumettrait à la crémation les débris des corps qui ont servi aux études anatomiques conformément à un vœu ancien du Conseil municipal. Nous comptons sur son activité pour veiller à ce que l'Administration n'ajourne pas plus longtemps cette solution, si intéressante au point de vue de l'hygiène et qui constituera une expérience d'une valeur indiscutable. B.

Exposition terrestre fluviale et maritime de sauvetage et d'hygiène de Paris, 1888.

On parle beaucoup de l'Exposition de sauvetage et d'hygiène, avec annexe des industries d'exportation, qui s'organise pour l'année 1888, au Palais de l'Industrie, et qui sera comme le prélude de la grande manifestation industrielle de 1889. On promet de nombreuses attractions qui dépasseront en intérêt tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour. C'est ainsi que la nef du Palais sera transformée en un vaste bassin et que le premier étage contiendra un diorama. « *L'habitation, le mobilier et le vêtement à travers les ages*, » dont l'organisation a été confiée à notre confrère M. Louis Bourne, directeur du journal le *Travail*, qui a su faire apprécier sa compétence dans maintes Expositions. C'est M. Louis Bourne, qui est secrétaire du Comité d'organisation de cette Exposition, a été nommé commissaire général chargé de l'installation des groupes de l'hygiène et de l'alimentation et qu'il se propose d'apporter, dans ces deux branches importantes de l'Exposition, des innovations qui ne manqueront pas d'exciter la curiosité des visiteurs.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 19. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Landouzy, Reynier ; — Oral (1re partie) : MM. Fournier, Marc Sée,

(1) Résidu, 2 k. 15.

Remy. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Déjérine — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Delens, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Chauffard.

MARDI 20. — 2e *de Doctorat* (1re partie) (2e *Série*) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Quinquaud ; — (2e *Série*) : MM. Ch. Richet, Polaillon, Ballet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Richet, Bouilly, Schwartz ; — (2e *Série*) . MM. Duplay, Tarnier, Brun ; — (2e partie) : MM. Peter, Fernet, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Bouchard, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Panas, Maygrier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Proust, Raymond ; — (2e *Série*) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Hutinel.

MERCREDI 21. — 1re *de Doctorat* MM. Regnauld, Baillon, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Delens, Déjérine ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Damaschino, Rémy, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Ch. Richet, Ollivier, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Budin, Segond ; — (2e partie) : MM. Potain, Joffroy, A. Robin.

JEUDI 22 — (Epreuve pratique). Médec opérat. : MM. Richet, Duplay, Brun. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Polaillon, Quinquaud ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Legroux, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série* : MM. Tarnier, Bouilly, Schwartz ; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Peyrot, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Troisier. — 4e *de Doctorat* ; MM. Peter, Bouchard, Raymond.

VENDREDI 23. — (Epreuve pratique) Médec. opér. : MM. Trélat, Reclus, Segond. — — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Damaschino, Marc Sée, Reynier. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité))1re *Série*) : MM. Potain, A. Robin, Chauffard ; — (e *Série*) : MM. Hayem, Fournier, Brissaud.

SAMEDI 24. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Polaillon, Quenu ; — (2e *Série*) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Brun ; — (3e *Série*) : MM. Bouchard, Legroux, Peyrot ; — (4e *Série*) : MM. Dieulafoy, Ch. Richet. Schwartz. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Duplay, Bouilly. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. Panas, Campenon, Maygrier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Peter, Cornil, Hutinel ; — (2e partie) : MM. Proust, Fernet, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 21. — M. Cousin. Des inflammations en masse du cordon spermatique (Funiculites totales). — M. Le Ray. Des injections hypodermiques de calomel et d'oxyde jaune dans le traitement de la syphilis (expérimentées à l'hopital de Brest). — M. Meloche. Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement. — *Jeudi* 22. — M. Cazaux. Contribution à l'histoire médicale du Strophanthus. — M. Vian. Des progrès accomplis dans le traitement de la cataracte et du procédé de choix. — M. Gilbert. Contribution à l'étude de l'ulcère simple de l'estomac. — M. Richard. Contribution à l'étude de l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques. — *Vendredi* 23. — M. Delaborde. Induration plastique des corps caverneux. — M. Le Siner. Contribution à l'étude et au traitement de l'éléphantiasis du scrotum. — M. Léonardon-Lapervenche. — Fractures juxta-articulaires. Leur traitement par le massage. — M. Lebatard. Contribution à l'étude des abcès froids des parois thoraciques. — M. Jaymes. De l'ostéomyélite des os du crane.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr BERNUTZ.

M. le Dr BERNUTZ, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, vient de mourir le 10 décembre dernier, à Sedan. Il était médecin de l'hôpital de la Charité quand il prit sa retraite.

Son principal ouvrage est sa *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, publiée en 2 volumes, avec la collaboration d'Ernest Goupil, médecin de l'hôpital de Lourcine, en 1860. On lui doit un grand nombre de mémoires, parus dans divers journaux ou revues. Citons entr'autres : celui qui parut en 1848, dans les *Archives générales de médecine*, 4e série, t. XVII. XVIII, XIX (Rétention menstruelle ; — L'article *Hématocèle*, in Dict. de Jaccoud, 1873 ; — Hématocèle symptomatique de la pachus pelvipéritonite hémorrhagique, *Arch. de Tocologie*. 1830 ; Un mémoire récent sur l'*Hématocèle utérine*, in *Arch. de Tocologie*. 1884, p. 979, 1885, p. 1 et 97. — *Contribution à l'histoire de l'érysipèle utérin et des médications externes existantes* (com. à la *Soc. obst. et gyn. de Paris*, parue dans les *Arch. de Toc.*, 1885), etc., etc..

FORMULES

XIV. Potion à la Terpine.

XIV. M. Vigier conseille d'associer la glycérine à l'alcool, sous la formule suivante :

Terpine.	5 grammes.
Alcool à 95°	20 —
Glycérine	40 —

Une cuillerée à café contient 0,50 de terpine, que l'on peut administrer dans un peu d'eau sucrée aromatisée.

XV. Un mode d'administration de l'huile de foie de morue.

XV. M. le Dr Dupré recommande le mélange suivant, qui peut rendre d'excellents services, dans les cas où l'huile de foie de morue pure est mal supportée, notamment chez les enfants ; il a le mérite de pouvoir être preparé à domicile, d'être peu coûteux, et d'activer la digestion de la précieuse huile, tout en en cachant la saveur désagréable.

Pr. Huile de foie de morue . . .	250 grammes.
Sucre blanc en poudre . . .	20 —
Sel commun en poudre . . .	10 —
Rhum	60 —

Agiter vivement. (*Clinique*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 décembre 1887 au samedi 10 décembre 1887, les naissances ont été au nombre de 1209, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 441 ; illégitimes, 181. Total, 622. — *Sexe féminin* : légitimes, 433 ; illégitimes, 154 Total, 587

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 décemb. 1887 au samedi 10 décembre. 1887, les décès ont été au nombre de 904, savoir : 464 hommes et 440 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 29, F. 20. T. 49. — Variole : M. 3, F. 2. T. 5. — Rougeole : M. 7, F. 3. T. 10. — Scarlatine : M. 4, F. 4, T. 8. — Coqueluche : M. 3. F. 0. T. 3. — Diphthérie. Croup : M. 15 F. 14, T. 29. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 91, F. 61. T. 152. — Autres tuberculoses : M. 13 F. 10. T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3. T. 4. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 33. T. 51. — Méningite simple : M. 23, F. 17. T. 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 23. T. 49. — Paralysie : M. 3, F. 3 T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 5. T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 38. T. 64. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 16. T. 23. — Bronchite chronique : M. 16, F. 16. T. 32. — Broncho-Pneumonie : M. 10. F. 9. T. 19. — Pneumonie M. 20. F. 26. T. 46. — Gastro-entérite, biberon : M. 5, F. 14. T. 19. — Gastro-entérite, sein : M 5, F. 4. T. 9 — Autres gastro-entérite : M. 4, F. 5. T. 9. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2 T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3 T. 3. – Débilité congénitale et vices de conformation : M. 15, F. 12, T. 27. — Sénilité : M. 4, F. 13. T. 17. — Suicides : M. 9, F. 2 T. 11. — Autres morts violentes : M. 5 F. 3. T. 8. — Autres causes de mort : M. 93 F. 68. T. 161. — Causes restées inconnues : M. 3 F. 11. T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 31, illégitimes, 17. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 24 ; illégitimes, 13. Total : 37.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculte a decidé, à l'unanimité, le maintien de la chaire qu'occupait M. Vulpian et sous le meme titre. Quand le Conseil genéral des Facultés aura donne son avis, la vacance sera declaree et la presentation des candidats aura lieu dans les délais reglementaires. Le Conseil a décidé de donner le nom de Cruveilhier au nouvel amphitheatre pour les cours libres, qui touche le musée Dupuytren. (*Bull. méd.*).

Avis à MM. les étudiants de premiere année. — Les manipulations de physique seront reprises le mardi 13 décembre 1887, à 4 heures, à la Faculte de médecine, dans une salle provisoire donnant sur la rue Hautefeuille. Entrée par la cour de la Faculté et la porte de gauche du grand amphithéatre.

Prix de thèses de Doctorat. — 1° *Médailles d'argent* : MM. Berbez, Berthod, Boiffin, Caravias. Hallé, Malingre. Marfan, Pignol. Roger. — 2° *Médailles de bronze* : MM. Bachelier, Braine Clado, Delattre. Drouet, Florand, Gand. Gauvry, Gilly, Hartmann, Jocqs, Langlois. Loye, Lubet-Barbon, Merigot de Treigny, Muller, Sanchez-Toledo, Schnell. Toupet, Vétault, Villar,

Vrain. — 3° *Mentions honorables* : MM. Achard, Barnard, Bataille, Berton, Blaise, Bonnet, Boutier, M[lle] Bradley, Callamand, Condoleon, Crivelli, d'Œlsnitz, Dubief, Farina, Gonzalès, Guibaud, Lallemand, Lancry, Laurent, Le Roy, Lœwenthal, Magnin, Métaxas, Nicoletes, Panel, Paterne, Petit, Prioleau, Vallin, Vanhaecke, Véraguth, Weber, Zinovieff.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. de SAINT-GERMAIN, professeur à ladite Faculté, membre du Conseil général des Facultés, est nommé accesseur du doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. MALDINEY, bachelier ès sciences, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, des fonctions de préparateur de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Faivre-Dupaigre, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. LHOMME, bachelier ès sciences, est nommé préparateur d'histoire naturelle à ladite Faculté, en remplacement de M. Desart, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE — La chaire de zoologie est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont nommés à ladite Faculté : Aide d'anatomie pathologique pour un an : M. ZIGLIEN, en remplacement de M. Galotte, démissionnaire ; — Aide d'histologie pour deux ans : M. FRIANT, en remplacement de M. Bardot, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M. GÉRARD-GÉRARD, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de minéralogie à ladite Faculté, en remplacement de M. Chevallier, démissionnaire.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS. — Le concours pour deux places de chef de clinique, à l'école dentaire de Paris, vient de se terminer par la nomination de MM. Papot et Legeret.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. RAYNAND, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé préparateur d'histoire naturelle à ladite école, en remplacement de M. Benoit. — M. DUMAIN, chargé des fonctions de préparateur de pharmacie et matière médicale à ladite école, est nommé titulaire dudit emploi.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — Un Concours s'ouvrira, le 3 novembre 1888, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — Un Concours s'ouvrira, le 15 juin 1888, pour l'emploi de chef de travaux anatomiques et physiologiques à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — Un Concours s'ouvrira, le 15 juin 1888, à ladite école, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — Un Concours s'ouvrira, le 15 juillet 1888, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

HÔPITAUX DE PARIS. *Mutations*. — Les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel des hôpitaux de Paris : M. Oulmont passe du Bureau central à l'hospice Larochefoucauld ; M. Tennesson passe de l'hospice Larochefoucauld à Saint-Antoine ; M. Straus passe de Tenon à Saint-Antoine ; M. Letulle passe de Sainte-Périne à Tenon ; M. Chauffard remplace M. Letulle à Sainte-Périne.

HÔPITAUX DE LYON. — Un concours pour une place de chirurgien-major de l'hospice de l'Antiquaille s'ouvrira le 4 juin 1888.

ASILE DE BRON. — Le concours de l'internat de l'asile de Bron vient de se terminer par les nominations suivantes : 1° internes titulaires : MM. Royet et David ; 2° interne suppléant : M. Mathieu.

ASILE D'ALIÉNÉS DE SAINT-ROBERT (Isère). — Une place d'interne sera vacante à l'asile de St-Robert le 31 janvier 1888. — Les internes sont logés, éclairés, chauffés, blanchis et reçoivent un traitement de 7 à 800 francs par an. Les candidats devront adresser leur demande au directeur avant, le 15 janvier prochain, appuyée des pièces suivantes : 1° Extrait de naissance ou pièce établissant qu'ils sont Français, agés de 20 ans au moins et de 30 ans au plus ; 2° Extrait négatif de leur casier judiciaire ; 3° Certificat établissant qu'ils ont pris 12 inscriptions et notes d'examen ; 4° Toutes pièces pouvant justifier de la conduite, et des aptitudes des candidats ; 3° Engagement d'honneur de servir au moins deux ans. Le candidat choisi sera nommé provisoirement à titre d'essai pour une durée de trois mois seulement et après ce stage, s'il y a lieu, pour trois ans avec possibilité de prorogation.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur Berthelot a commencé le cours de chimie organique, le lundi 5 décembre 1887, à dix heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. Il traitera de la thermo-chimie. — M. le docteur François-Franck, suppléant M. le professeur Marey, a commencé le cours d'histoire naturelle des corps organisés, le lundi 5 décembre 1887, à quatre heures et demie du soir, et le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. Il traitera de la sensibilité et de ses réactions normales et pathologiques. — M. le professeur Mascart a commencé son cours de physique générale et expérimentale, le mardi 6 décembre 1887, à dix heures du matin, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'optique. — M. le P[r] Balbiani a commencé son cours d'embryogénie comparée, le mardi 6 décembre 1887, à une heure et demie de l'après-midi, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'histoire physiologique et évolutive de quelques groupes de micro-organismes. — M. le docteur d'Arsonval, suppléant M. le professeur Brown-Séquard, a commencé son cours de médecine, le mardi 6 décembre 1887, à trois heures de l'après-midi, et le continuera les vendredis et les mardis suivants à la même heure. Il traitera des phénomènes physico-chimiques de la respiration. — M. le professeur Fouqué a commencé son cours d'histoire naturelle des corps inorganiques, le mercredi 7 décembre 1887, à neuf heures du matin, et le continuera les jeudis et les mercredis suivants à la même heure. Il traitera de l'état actuel des études pétrographiques. — M. le professeur Schutzemberger a commencé son cours de chimie minérale, le mercredi 7 décembre 1887, à une heure et demie, et le continuera les samedis et les mercredis suivants à la même heure. Il traitera des phénomènes généraux de la chimie. — M. le professeur Ranvier a commencé son cours d'anatomie générale, le mercredi 7 décembre 1887, à cinq heures du soir, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants à la même heure. Il traitera des éléments des centres et des cordons nerveux.

DOCTEURS EN MÉDECINE EN FRANCE. — M. P. LEROY-BEAULIEU publie les documents suivants : En 1885, il y avait en France 14 docteurs en Chirurgie payant 53,315 francs de patente ; 11,875 docteurs en médecine payant 11,684,297 francs de patentes, 391 chirurgiens dentistes payant 188,264 francs de patentes ; 2782 officiers de santé payant 627,348 francs ; 2,609 vétérinaires payant 988,787 fr. La profession médicale en général ne parait donc pas encombrée, sauf en ce qui concerne certaines grandes villes.

LA PLÉTHORE MÉDICALE A L'ÉTRANGER. — Si en France il n'y a pas de pléthore médicale, puisqu'il y a environ 1 médecin pour 3,000 habitants, en Belgique il n'en est pas ainsi. En Amérique surtout cette pléthore est à signaler. Au Canada on compte 1 médecin par 1,200 habitants ; aux Etats-Unis, 1 pour 750 ; en Angleterre les médecins sont environ deux fois moins nombreux qu'en Amérique.

HYPNOTISME EN COUR D'ASSISES. — La cour d'assises de la Nièvre vient de juger un instituteur accusé d'attentats à la pudeur sur les enfants de son école. B... avait comparu, à la dernière session, devant le jury et avait allégué, pour toute défense, qu'il avait agi sous l'influence d'une impulsion dont il lui avait été impossible de se rendre maître. La cour ordonna l'examen de l'état mental de l'instituteur et renvoya l'affaire. Les médecins ont déclaré que B. est un hystérique chez qui la sensibilité hypnotique est développée à un très haut degré, ainsi que l'établissent de très curieuses expériences auxquelles ils se sont livrés et qu'ils relatent dans leur rapport. Leur avis est toutefois qu'il n'est pas irresponsable, bien que sa responsabilité soit atténuée. L'avocat a tiré parti de ces conclusions pour obtenir du jury un verdict d'acquittement pur et simple (*Temps*).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le professeur Emile Blanchard a commencé son cours de zoologie (animaux articulés), le mardi 6 décembre 1887, à une heure de l'après-midi, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera de l'organisation, des mœurs, des métamorphoses et de la classification des animaux articulés. Dans une partie du cours, il s'attachera aux comparaisons des faunes anciennes avec les faunes actuelles. L'entrée du cours est par la terrasse ou par la rue Geoffroy-Saint-Hilaire, 36.

— Le laboratoire de botanique (classification des familles naturelles) de M. le professeur Bureau est ouvert pour les travaux d'études et de recherches, au Muséum d'histoire naturelle, tous les jours à partir du jeudi 1[er] décembre 1877, de onze heures du matin à quatre heures du soir. Les étudiants qui se proposent d'y travailler pourront se faire inscrire, de midi à quatre heures, aux

galeries de botanique du Muséum. Pendant l'hiver, des conférences pratiques ayant pour objet l'étude des familles qui ne seront pas traitées cette année pendant le cours de botanique, ont lieu le mardi de chaque semaine, à partir du mardi 6 décembre, à une heure de l'après-midi, au laboratoire de la rue de Buffon, n° 63. Des travaux pratiques correspondant aux sujets traités dans le cours commenceront au printemps prochain.

Nouveaux journaux. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal qui vient de se fonder à Toulouse, intitulé le *Toulouse médical*. Son programme est celui des journaux médicaux des Facultés de province. Il paraîtra tous les samedis et sera dirigé par notre collaborateur et ami M. Chabbert. Nous souhaitons le meilleur succès à cette nouvelle publication, dont l'origine est la transformation de l'Ecole préparatoire de médecine de Toulouse en Ecole de plein exercice.

Nécrologie. — M. Antoine Brosset, interne des hôpitaux de Lyon, mort d'angine diphtérique ; il était âgé de 22 ans. — M. le Dr Giraudet, professeur d'anatomie à l'école de médecine de Tours, auteur de travaux historiques relatifs à la Touraine. — M. le Dr Meyret, médecin-major de 1re classe au 108e de ligne à Bergerac, victime d'un accident de voiture.

Enseignement de l'homœopathie. — Les médecins de l'hôpital Saint-Jacques feront un cours *gratuit* de clinique thérapeutique à l'hôpital Saint-Jacques, 227, rue de Vaugirard, tous les dimanches, à 9 heures du matin, et un cours de matière médicale, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 heures 1/2 du soir, 15, rue des Grands-Augustins.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

Kojewnikoff. — **Ophthalmologie nucléaire.** Brochure in-8° de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 40 c.

Lucas Championnière. — **Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.** (Troubles de la sensibilité chez les Orientaux, les Aissaoua). Brochure in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonné. . . 70 c.

Sollier (A.). — **De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.** (Contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine) Volume in-8 de 180 pages avec 32 gravures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'École-de-Médecine.

Adamkiewicz. — Monoplegia anaesthetica. Brochure in-8 de 15 pages. — Wien, 1887. — Druck Bergmann et Cie.

Adamkiewicz. — Monoplegia anaesthetica (zweiter Fall). Brochure in-8 de 15 pages. — Wien, 1887. — Druck von Gottlieb Gistel et Cie.

Adamkiewicz. — Ueber die Behandlung der Neuralgien mittelst der Kataphorese. Brochure in-8 de 6 pages. — Berlin, 1887. — Gedruckt bei J. Sittenfeld.

Adamkiewicz. — Sitzung der mathematisch-naturwissenschaftlichen Classe. Brochure in-8 de 3 pages. — Wien, 1887. — Aus der K. K. Hof-und Staats Struckerei.

Bernhardt (M.). — Zur pathologie der Thomsen'schen Krankheit. Brochure in-8 de 8 pages. Extrait du *Centralblatt für Nervenheilkund.* — Coblenz, 1887. — Druck von P. Werle.

David (Th.). — La stomatite aphteuse et son origine. Brochure in-8 de 37 pages.

Grandclément. — Les blessures de l'œil au double point de vue des expertises judiciaires et de la pratique médicale. Brochure in-8 de 39 pages. — Lyon, 1888. — A. Storck.

Malibran (Cl.). — Réflexions sur les ectasies gastriques (variétés anatomiques). Distension, — atonie, — dilatation de l'estomac. Brochure in-8 de 27 pages. — Nancy, 1887. — Berger-Levrault.

Librairie A. DELAHAYE, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Ferraud. — Leçons cliniques sur les formes et le traitement des bronchites. Volume in-8 de 171 pages. — Prix : 4 fr.

Gaudin (P.). — Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou. Brochure in-8 de 70 pages. — Prix : 2 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulev. St.-Germain.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de MM. Dechambre et Lereboullet. Vient de paraître la 1re série : A-E., tome XXXV, 2e partie, EREC-ESPA, tome XXXVI, 1re partie. ESPE-ESTL. (Les deux parties en un seul volume). Nous y remarquons les articles suivants : Ergot de seigle, par Eloy ; — Erysipèle, par Spillmann et Ganzinotty ; — Erythème, par Pignot ; — Espèce, par Quatrefages ; — Espèce humaine, par Quatrefages. Volume in-8 de 346 pages : — 2e série : L-P., tome XXIV, 2e partie, PHOS-PIE. Nous y remarquons les articles suivants : Phthisie, par Grancher et Hutinel ; — Tome XXV, 1re partie, PIED-PIN. Nous y remarquons : Le pied (anatomie, physiologie, difformités, pied-bot, pied plat, pied creux, plaies, luxations et ruptures des tendons, luxations, abcès, ostéo-arthrites, mal perforant, anévrysmes, ténotomie, ligatures d'artères, amputations, résections), par Paulet et Chauvel ; — Pigment, par Retterer ; — Piles électriques, par Gariel ; — Pileux (histologie, pathologie), par J. Rénoy. Volume in-8 de 400 pages : — 3e série : Q-T., tome XVIII, 1re partie, TRAG-TUME. Nous y remarquons : Transfusion, par Menard ; — Traumatisme, par Forgni ; — Tremblement, par Demange ; — Trichine, par R. Blanchard ; — Trijumeau (physiologie, pathologie), par Jaboulay ; — Trophiques, par Nuel : — 5e série : U-Z., tome II, 2e partie, VALE-VERA. Nous y remarquons : Varicelles, par Chambard ; — Varices, par Rochard ; Varicocèle, par Reclus et Forgue ; — Variole, par Karth et Vilcoq ; — Vaso-moteur, par Nuel ; — Veines (anatomie et physiologie, pathologie chirurgicale), par Duzéa ; — Ventilation, par Bertin-Sans ; — Ventricules du cerveau, par Wertheimer et Curtis. Volume in-8 de 431 pages.

Chronique des hôpitaux.

Hopital des Enfants-Malades. *Médecine.* — Service de M. le Dr Ollivier. Consultation le jeudi. — Salle Sainte-Elisabeth (filles) : 1, Hystérie et chorée ; 3, Fièvre typhoïde ; 4, Coqueluche, varicocelle ; 6, Chorée, vaccine, roséole vaccinale ; 7, Tuberculose pulmonaire ; 8, Syphilis héréditaire tardive, perforation de la voûte palatine, fistules lacrymales, hyperostoses diverses ; 9, Chorée ; 10, Scarlatine ; 12, Fièvre typhoïde ; 13, Hémiplégie infantile ; 16, Paralysie diphtérique ; 17, Bronchopneumonie ; 21, Chlorose grave ; 23, Rhumatisme scarlatin, péricardite ; 24, Mal de Pott cervical ; 25, Myélite chronique ; 26, Chorée avec lésion cardiaque ; 27, Chlorose ; 28-29, Erysipèle scrofuleux ; 30, Insuffisance aortique et insuffisance mitrale ; 31, Chorée ; 32, Sclérose cérébrale. — Salle Sainte-Luce (filles) : 34, Incontinence d'urine ; 37, Méningite tuberculeuse, bronchopneumonie ; 38, Méningite tuberculeuse ; 39, Diarrhée ; 43, Stomatite ulcéro-membraneuse ; 44, Mal de Pott cervical ; 46, Fièvre typhoïde ; 45, Coqueluche, tuberculose pulmonaire. — Salle Sainte-Rosalie (filles) : Eczéma, impétigo, pelades. — Salle Sainte-Anne (filles) : Teigne tondante et teigne faveuse.

Hotel-Dieu. *Clinique de M. le professeur Sée.* — M. le Dr Hénocque fera le lundi 19 décembre, à 9 heures et demie du matin, une Conférence sur les applications de l'*Hématoscopie à la clinique*. Exposé et démonstration de la méthode.

Hôpital Beaujon. Service de M. Guyot. — Salle Ste-Claire : 1, affection mitrale ; 2, ictère catarrhal ; 3, paralysie agitante ; 4, fièvre typhoïde ; 5, dyspepsie ; 6, artério-sclérose, athérome des valvules du cœur, hypermégalie splénique et hépatique, néphrite ; 7, fièvre typhoïde ; 9, pelvi-péritonite ; 10, syphilis ; 12, métrite ; 15, fièvre typhoïde ; 16, rhumatisme, endocardite ; 17, affection mitrale, asystolie ; 18, endocardite en voie de résolution à la suite de rhumatisme ; 22, ramollissement cérébral ; 23, ulcère de l'estomac ; 24, hémiplégie, ramollissement ; 25, anévrysme du tronc brachio-céphalique ; 26, péritonite suite de couches ; 27, fièvre typhoïde ; 28, hématocèle rétro-utérine ; 29, anévrysme de l'aorte, adénite cancéreuse de l'aiselle, pleurésie ; 30, fièvre typhoïde, cystite ; 33, rhumatisme articulaire ; 34, anémie ; 36, lésion mitrale ; 37, fièvre typhoïde. — Salle Saint-François : 1, cancer de l'estomac ; 2, emphysème mitral, affection mitrale ; 3, arthrite 4, emphysème ; 5, fièvre typhoïde ; 6, pneumothorax, tuberculose ; 7, rhumatisme aigu ; 7, *bis*, rhumatisme ; 8, bronchite ; 10, pneumonie ; 11, paludisme ; 13, artério-sclérose ; 17, tuberculose pulmonaire, pleurale, laryngée ; 19, athérome cardiopathie, néphrite interstitielle, broncho-pneumonie ; 21, pleurésie ; 22, artério-sclérose, emphysème, albuminurie ; 24, rhumatisme ; 26, typhlite et pérityphlite ; 27, fièvre typhoïde ; 28, rétinite albuminurique, néphrite interstitielle.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE — 2e SÉRIE. T. VI. N° 52 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 24 DÉCEMBRE 1887

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hospice de la Salpêtrière. — M. TERRILLON.

Ouverture par la laparotomie des abcès pelviens intra-péritonéaux et profonds chez la femme ;

Leçon recueillie par M. Francis VILLAR, ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

Le sujet de ma leçon sera l'histoire de la laparotomie appliquée au traitement des abcès pelviens profonds chez la femme. Cette méthode de traitement constitue une question toute nouvelle et pleine d'actualité, puisque c'est en 1881 qu'elle a été proposée par Lawson Tait. Depuis cette époque, un assez grand nombre d'observations ont été publiées à l'étranger et cette opération semble avoir acquis quelque faveur auprès des chirurgiens américains de Chicago et de Cinemnati.

Le traitement des abcès pelviens par la laparotomie est peu connu en France ; je crois l'avoir employé le premier, car je n'ai pas connaissance d'observations semblables publiées dans notre pays. Je possède actuellement deux faits personnels dont je vous parlerai dans le courant de cette leçon.

Avant de vous donner des détails principaux qui doivent vous guider dans l'étude du traitement des abcès pelviens, il est indispensable d'établir une distinction entre les deux principales variétés qu'ils peuvent présenter. Au point de vue chirurgical, les abcès du bassin chez la femme peuvent être divisés : abcès sous-péritonéaux et abcès intra-péritonéaux. Les premiers, développés autour de l'utérus, à la base des ligaments larges, ont une tendance à se porter au dehors par des voies diverses en décollant et soulevant le péritoine. Tantôt ils fusent vers la région pubienne en décollant le péritoine et viennent former cet empâtement connu en clinique sous le nom de *plastron* ; d'autres fois, ils fusent vers la fosse iliaque ou bien du côté du vagin. Tels sont les trois principaux modes de propagation des abcès sous-péritonéaux ; dans quelques cas, le pus s'est fait jour à l'extérieur en passant dans la gaine des vaisseaux fémoraux.

Quelle que soit la direction qu'ils prennent, le chirurgien peut ouvrir ces abcès en respectant le péritoine qui se trouve situé au-dessus de la tumeur et repoussé par elle du coté de la cavité abdominale. Quand ils ne viennent pas se montrer franchement vers un point superficiel du pourtour du bassin, Hégar a imaginé un procédé opératoire, repris dans ces derniers temps par Pozzi et qui consiste à inciser la paroi abdominale et à refouler le péritoine ou le décoller de façon à pouvoir atteindre profondément la poche purulente, sans intéresser la séreuse. Mais il faut, pour pratiquer cette manœuvre que l'abcès soit assez récent, parce que quand il existe depuis longtemps, le péritoine épaissi se décolle difficilement et peut être perforé au cours de l'opération, ce qui est dangereux à cause de la pénétration dans la cavité péritonéale. Si l'abcès fuse vers le vagin, on ne court également aucun risque, par l'incision vaginale, d'atteindre le péritoine.

Je ne m'occuperai pas de cette première variété d'abcès pelviens ; ces abcès sont fréquents et viennent proéminer le plus souvent vers ces régions facilement accessibles. Les chirurgiens ont souvent l'occasion de les ouvrir directement. J'arrive immédiatement à la deuxième variété, bien plus intéressante, qui doit seule nous occuper aujourd'hui.

Vous verrez quelquefois des abcès péri-utérins ayant pris naissance sur les côtés de l'utérus ou aux dépens des ovaires et présentant la forme d'une gourde dont le goulot serait adhérent à la matrice et aux ligaments larges et dont le fond est libre dans la cavité du bassin et en contact directement avec les anses intestinales qui la recouvrent et l'entourent. Ces abcès sont loin de la symphyse pubienne et de la paroi abdominale; ils n'ont de connexion directe qu'avec le rectum, l'utérus ou la vessie. Etudions leur marche et leur traitement.

L'abcès ainsi formé tend à grossir et à s'ouvrir à l'extérieur. En augmentant de volume, il se développe plutôt latéralement en repoussant l'utérus du côté opposé. Quelquefois le volume est tel que la tumeur remonte jusqu'au voisinage de l'ombilic; dans certains cas, la poche renfermait jusqu'à 700 ou 800 grammes de pus. Mais jamais cette poche ne prend de connexion avec la paroi antérieure de l'abdomen dont elle est séparée par des anses intestinales.

Dans cette variété le pus n'a aucune tendance à se porter vers la paroi abdominale ; il s'échappe toujours par l'utérus, la vessie, le rectum ou s'épanche dans le péritoine par rupture.

Si l'abcès s'ouvre dans la vessie, la malade rend immédiatement une certaine quantité de pus par l'urèthre et cette évacuation est suivie d'un grand soulagement ; lorsque l'abcès est vidé, il existe entre la vessie et la poche un orifice de communication qui peut s'oblitérer spontanément ou rester fituleux. Cette dernière condition est défavorable, car elle peut être le point de départ d'une cystite grave et quelquefois de la septicémie, avec toutes ses conséquences.

L'ouverture dans le rectum offre les mêmes inconvénients ; la fistule établie, l'abcès se vide continuellement ou d'une façon intermittente. Une de mes malades rendait chaque jour un verre de pus par l'anus ; une autre en rendait seulement tous les quatre à cinq jours : chez cette dernière malade, l'abcès se remplissait surtout au moment des règles, pour se vider ensuite petit à petit.

Si l'abcès s'ouvre dans le péritoine, les conséquences sont des plus sérieuses, car une péritonite purulente aigue entraine rapidement la mort.

Permettez moi, à ce propos, de vous raconter brièvement un fait fort instructif et qui s'est passé dernièrement sous mes yeux dans notre service à la Salpêtrière.

Le 19 mars de cette année, je fus appelé par mon confrère le Dr Lecoconier auprès d'une malade âgée de 23 ans, chez laquelle les premiers symptomes de l'affection remontaient à deux ans. Une fausse couche cachée par la jeune fille semble avoir été le point de départ de

ces accidents. Elle eut à ce moment une perte qui se prolongea pendant plusieurs mois, avec douleurs dans le ventre et règles douloureuses.

Cet état dura près de 20 mois, avec des alternatives de rémission légère et d'exacerbation. Un jour, le Dr Lecoconier constata la présence d'une tuméfaction du côté droit de l'utérus. Celle-ci lui parut être constituée par un abcès. Il me pria de l'examiner avec lui.

Quand je vis la malade, je constatai par le palper abdominal une tumeur arrondie, douloureuse, siégeant dans le bassin et développée plutôt du côté droit. Le toucher vaginal m'indiqua que l'utérus était refoulé en avant et à gauche, et, en déprimant le cul-de-sac vaginal droit, je tombai sur la tumeur indiquée plus haut, douloureuse, fluctuante, mais éloignée de la paroi vaginale. Cette masse était appliquée contre la paroi rectale à laquelle elle adhère dans une assez grande étendue. Par le toucher rectal cette connexion avec le rectum était rendue plus manifeste.

La malade se plaignait de douleurs continuelles dans le bas-ventre et d'envies fréquentes d'uriner. Elle était amaigrie et présentait un faciès grippé très accentué. Je décidai la malade à entrer à l'hôpital de la Salpêtrière pour y subir une opération ; j'avais l'intention d'ouvrir cet abcès par la laparotomie.

Pendant le trajet, elle fut fortement secouée dans la voiture et éprouva des douleurs violentes dans le ventre. Une péritonite suraiguë se déclara. Malheureusement, par une série de circonstances spéciales, je ne pus voir la malade que 30 heures après l'accident.

Je pratiquai alors la laparotomie; je trouvai l'abcès rompu, avec du pus et des fausses membranes recouvrant la partie inférieure de l'intestin et occupant le centre du bassin. La poche purulente fut enlevée par lambeaux, le bassin et les intestins lavés avec soin. Après cette intervention vous avez pu remarquer que l'état de la malade a présenté une amélioration manifeste. Les vomissements et la fièvre avaient cessé.

Néanmoins, la malade fut reprise vingt-huit heures après l'opération d'accidents suraigus et mourut au bout de 36 heures. L'autopsie montra que toutes les parties lavées étaient propres et sans signes d'inflammation, mais la péritonite purulente avait repris vers la partie supérieure de l'abdomen.

Cet exemple montre que l'intervention chirurgicale, si elle avait pu être faite à temps, c'est-à-dire avant la rupture de l'abcès dans le péritoine par la laparotomie et l'ouverture de l'abcès, aurait à coup sûr sauvé cette malade.

Quelle doit donc être la conduite du chirurgien en présence de ces abcès intra-péritonéaux ? Ceux-ci peuvent être récents et sans communication encore avec un organe voisin ou bien ils se sont déjà ouverts depuis un temps plus ou moins éloigné dans un des organes signalés plus haut, le plus souvent dans le rectum. Nous verrons que dans ces deux cas l'intervention chirurgicale doit être la même. Jusqu'en 1881, on laissait ces abcès s'ouvrir dans la vessie et le rectum et la fistule vésicale ou rectale était traitée différemment. Lorsque l'ouverture se faisait dans la vessie, on pratiquait la taille hypogastrique ou la dilatation du col vésical, de manière à pouvoir drainer l'abcès à travers la vessie. Mais ce moyen est très défectueux et donne rarement de bons résultats.

Dans les cas de fistule rectale, un chirurgien américain, Byford, a dilaté le rectum, a ouvert largement l'orifice fistuleux et pratiqué le drainage de la poche au moyen d'un tube qui entrait par l'anus. D'autres chirurgiens ont proposé de pratiquer une incision à travers le vagin et de drainer à ce niveau.

Frappé des inconvénients que présentaient ces méthodes, surtout au point de vue de l'antisepsie, L. Tait songea à traiter directement ces abcès par la laparotomie, c'est-à-dire en ouvrant largement le péritoine pour pouvoir atteindre les parois de cette affection purulente. Voici rapidement esquissé le manuel opératoire que j'ai employé ; dans un premier temps, j'incise la paroi abdominale jusqu'au péritoine ; celui-ci n'étant ouvert qu'après avoir fait une hémostase parfaite des parties qui le recouvrent. L'incision doit être pratiquée sur la ligne médiane, car, quoique l'abcès se développe primitivement sur les parties latérales de l'utérus, le plus souvent, du côté droit, il tend à empiéter sur la ligne médiane, lorsqu'il a pris un certain développement.

Le deuxième temps est un temps d'exploration; mais auparavant il faut avoir soin de repousser en haut les intestins et l'épiploon quelquefois adhérents qui se trouvent en avant de la tumeur et les maintenir avec une éponge. Un point qui m'a frappé, c'est que la tumeur est tout à fait libre à la partie supérieure ; on peut la contourner comme on contourne le fond de l'utérus et le doigt n'est arrêté qu'en bas, au niveau de sa partie rétrécie qui adhère au ligament large. L'adhérence à ce niveau et surtout au rectum est très grande, d'où vient la fixité de la tumeur et la difficulté qu'on éprouve pour l'attirer en dehors.

Le troisième temps consiste à vider et à ouvrir la poche. L'évacuation se fait facilement au moyen de l'aspirateur de Potain, mais il faut se servir d'un assez gros trocart. Quant à l'ouverture de la poche, elle se fait avec le bistouri, ou mieux avec des ciseaux ; quelques chirurgiens pratiquent cette ouverture avec le thermocautère.

Quel que soit l'instrument qu'on emploie, il est nécessaire, à ce moment, de s'entourer de toutes les précautions nécessaires pour empêcher le pus de tomber dans la cavité péritonéale. Aussi, certains chirurgiens ont-il conseillé de fixer au préalable la poche à la paroi abdominale et de l'inciser ensuite. Cette précaution me semble inutile. Souvent le fil coupe la paroi de la poche qui est très tendue et se perfore facilement ; le mieux est de saisir la paroi de l'abcès avec des pinces et de protéger le péritoine au moyen d'éponges aseptiques, pendant l'écoulement du liquide, et au moment où le trocart est retiré.

Cette poche a des parois épaisses, friables, très vasculaires et contient souvent des artères volumineuses. La surface interne est tapissée d'une membrane molle, épaisse, saignante, en contact avec le pus.

Il ne reste plus, pour terminer l'opération, qu'à souder l'ouverture de la poche à la paroi abdominale ; pour cela, on établit une collerette de sutures, en ayant bien soin d'adosser les deux surfaces séreuses, ce qui constitue une condition favorable pour la réunion. Enfin lorsque l'opération elle-même est terminée, vous procédez au nettoyage de la poche. Quelques chirurgiens conseillent d'enlever avec la curette la surface interne de la poche dont nous venons de parler : ils pratiquent un véritable grattage. Cette conduite est rationnelle : la surface interne tomenteuse baignée par le pus et ordinairement douée d'une faible vitalité se détache plus tard sous forme de lambeaux putrilagineux, ce qui expose à la septicémie. Mais elle présente un danger

réel, qui est la perforation possible de la poche avec la curette.

Pour ma part, je me contente de laver largement la poche avec de l'eau bouillie et de faire un nettoyage minutieux avec des éponges montées sur des pinces. Vous introduisez alors deux gros tubes à drainage allant jusqu'au fond de la poche et surtout par l'orifice pratiqué dans la paroi abdominale et vous faites le pansement extérieur.

Que devient la fistule rectale lorsque l'abcès est ainsi traité ? Je crois qu'elle doit s'oblitérer rapidement. En effet, en général l'orifice fistuleux est petit ; ainsi, l'une de mes malades ne rendait du pus que tous les quatre ou cinq jours, et si l'autre en rendait tous les jours, elle n'en rendait qu'en petite quantité. Ce petit orifice doit donc tendre naturellement à se fermer dès que l'abcès est vide et qu'il n'est plus soumis à une tension capable de chasser le pus à travers la fistule.

Certains chirurgiens ont eu la crainte de voir persister cette fistule ; mais, d'après les faits publiés, cette persistance n'existe pas. On comprend, en effet, qu'un trajet aussi long allant de la paroi rectale à la paroi abdominale puisse s'oblitérer facilement dans toute sa longueur.

Le traitement consécutif consiste à empêcher toute espèce d'altération des liquides contenus dans cette poche dont le fond est malheureusement déclive et se vide difficilement. Toute infection des liquides contenus dans cette poche pourrait avoir des conséquences terribles pour la malade. Aussi faut-il faire un pansement antiseptique très soigné et garnir l'orifice avec la gaze iodoformée. Des lavages journaliers seront pratiqués par des gros tubes à drainage avec de l'eau aseptique ou contenant une petite quantité d'acide phénique, de sublimé ou de chloral. Les tubes seront raccourcis, mais progressivement, car cette poche ne se rétracte pas avec une grande rapidité.

Après trois semaines ou un mois elle sera presque entièrement comblée, mais il est bon de noter que souvent on voit persister une fistulette peu profonde qui retarde un peu la guérison définitive.

Je vais maintenant, Messieurs, vous résumer les observations des deux malades chez lesquelles j'ai pratiqué ce mode d'intervention pour des abcès fistuleux remontant à plusieurs mois et même plusieurs années et qui ont parfaitement guéri (1).

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 23 ans et demi. Mariée à 16 ans, elle fit une fausse couche le 8 mai 1880. Celle-ci fut suivie de symptômes assez graves du coté du péritoine qui persistèrent quelque temps. En 1883, elle fut prise assez brusquement de symptômes de pelvi-péritonite avec accidents sérieux. Un abcès développé profondément dans le bassin s'ouvrit dans le rectum, se vida et parut disparaître, mais il s'ouvrit de nouveau après deux mois. Enfin il reparut en mai 1886. Depuis ce temps la malade perdait de temps en temps une certaine quantité de pus par le rectum, et souffrait continuellement.

La laparotomie fut pratiquée le 22 avril 1887. Une ouverture de six centimètres, sur la ligne médiane, donne accès dans la cavité abdominale. Les intestins et l'épiploon légèrement adhérents à la surface de la tumeur, située profondément dans l'abdomen, furent écartés. Une tumeur fluctuante, libre dans le bassin, mais accolée au bord droit de l'utérus et à la face postérieure du ligament large fut ponctionnée. On retira 250 gr. de pus odorant. La poche épaisse, saignante, fut ouverte, vidée, et son ouverture soudée par 12 sutures au fil d'argent à l'orifice abdominal. Après un nettoyage soigné de cette cavité, elle fut drainée avec deux gros tubes allant jusque dans sa partie la plus déclive, au fond du bassin, au voisinage du rectum. Pansements, lavages consécutifs. La malade est actuellement guérie, et la plaie est cicatrisée complètement depuis le mois de juillet. Il ne reste ni fistule stercorale, ni fistule abdominale.

La deuxième observation est assez semblable à la première ; il s'agit d'une femme de 35 ans, mariée à 23 ans, et qui eut un enfant 15 mois après. En 1876, une fausse couche, fut suivie d'accidents et de métrorrhagies abondantes. En 1877, deux nouvelles fausses couches. En 1883, perte abondante, subite, avec accidents de péritonite grave ; elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu pendant trois mois. Enfin en 1886, une poussée nouvelle de péritonite, surtout à droite, met en danger la vie de la malade et se termine par la formation d'une tuméfaction très appréciable de ce côté. Un abcès profond s'ouvre dans le rectum et, depuis cette époque, la malade perd du pus par l'anus, deux cents grammes environ par jour. Elle maigrit, devient cachectique, et se décide enfin à entrer à la Salpêtrière le 12 mai 1887. En l'examinant, on sent une grosse tumeur fluctuante dans le côté droit du bassin, refoulant l'utérus à gauche et englobant la paroi antérieure du rectum, auquel elle adhère intimement. L'abcès ne proémine nullement vers les parois du bassin. La laparotomie est pratiquée le 19 mai 1887. Par une incision médiane, on obtient l'ouverture du péritoine qui permet de reconnaître la tumeur volumineuse recouverte par les intestins : une ponction aspiratrice donne cinq cents grammes de pus. La poche est ouverte, vidée complètement, les bords de l'ouverture soudés à la plaie abdominale par 12 points de suture. Drainage avec deux gros tubes, après lavage de la poche. Grâce à des pansements et lavages journaliers, la malade n'a pas eu de fièvre, la cavité s'est comblée rapidement. Actuellement tout est terminé depuis le mois d'août et la malade a engraissée et a repris ses occupations.

J'ai omis, à dessein, de discuter avec vous l'origine de ces abcès, car elle est souvent obscure ; cependant, dans les cas que j'ai opérés, ils étaient certainement d'origine ovarienne. Mais vous savez combien l'origine de ces abcès a été discutée et combien même après l'autopsie il a été difficile de leur assigner une origine exacte ; aussi je n'insisterai pas, car je compte vous expliquer dans une prochaine leçon, l'origine et le mode de formation de ces abcès tels que je les comprends d'après les faits que j'ai étudiés moi-même et les travaux les plus récents que nous possédons sur ce sujet.

(1) Ces observations ont été publiées in extenso dans les Mémoires de la Société de chirurgie, 1887.

BANQUET OFFERT A M. LE Dr PÉAN. — Le banquet offert à M. Péan, par ses élèves, condisciples, amis et anciens maîtres, à l'occasion de sa récente nomination à l'Académie de médecine, a [illegible], à l'Hôtel [illegible]. De nombreux toasts ont été portés ; le principal a été celui de M. Lepage, interne du service de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis. M. Lepage a rappelé avec beaucoup de raison et une grande [illegible] M. Péan était un des chirurgiens des hôpitaux qui ne craignaient pas de fournir à leurs internes l'occasion de s'exercer dans l'état chirurgical ; c'est là une façon d'agir vraiment française, [illegible] qui tendent à supplanter des mœurs venues d'Outre-Rhin [illegible] qui consistent à restreindre autant que possible l'action des élèves du service, au bénéfice de [illegible]. Les [illegible] discours, plus brefs, ont été prononcés par MM. R[illegible], P[illegible], Peyron, Guibout, etc. M. Péan a vivement remercié les organisateurs du banquet.

REVUE CRITIQUE

De l'audition colorée (*fin*) (1) :

Par J. BARATOUX.

Quoique nous ne connaissions, en somme, qu'un nombre relatif d'observations d'audition colorée, il faut néanmoins supposer que cette faculté est plus commune qu'on ne le croyait tout d'abord. En effet, n'a-t-on pas recueilli en Allemagne 76 observations sur 596 personnes. Si M. de Rochas n'a trouvé tout d'abord que trois sujets sur 50, il s'est bientôt aperçu qu'en France, il existait un grand nombre de personnes jouissant de la propriété de percevoir une sensation de couleur quand un son venait frapper leur oreille : c'est l'opinion qu'il a émise à la suite d'un grand nombre de communications qui lui ont été adressées sur ce sujet.

En effet, beaucoup de gens ne parlent pas de ce phénomène ; ils s'imaginent qu'il est normal. C'était l'avis du sujet dont nous avons indiqué la coloration des voyelles. Ce jeune homme a été très étonné d'apprendre qu'il était le seul de ses connaissances à posséder cette faculté. Les autres personnes, si elles viennent à parler de leurs sensations colorées, se gardent de recommencer pour éviter les railleries des gens qui ne les comprennent pas. D'après les documents recueillis en Allemagne, il résulterait que la proportion des personnes jouissant de la faculté de colorer les sons serait de 12,5 %. Les hommes sembleraient plus fréquemment doués de cette propriété : il y aurait, en effet, 59 hommes pour 41 femmes.

Ce phénomène semblerait se trouver souvent chez des personnes d'une même famille : les frères Nussbaumer et Tubarchi. Tel est encore le cas de la famille citée par M. Lauret : le père, âgé de 50 ans, ancien officier dont nous avons déjà parlé ; la mère, qui éprouve des sensations lumineuses analogues à son mari, quoique moins marquées, et l'enfant qui « soit par hérédité, soit par habitude d'entendre les appréciations de ses parents sur la couleur des sons, » présente une ébauche du même phénomène.

Localisation de la sensation colorée. — Il est intéressant de rechercher où siège la localisation de la sensation colorée. Le D[r] X... disait à Ughetti que lorsqu'on prononçait devant lui la lettre i, par exemple, il se produisait instantanément dans son cerveau une sensation identique à celle qu'il aurait éprouvée si on avait prononcé tout à coup le mot rouge.

M. P... n'*extériorise* pas non plus la couleur. Mais il n'en est pas ainsi pour tous les sujets. Que ceux-ci voient pincer une guitare, aussitôt ils apercevront une image colorée autour des cordes pincées; de même qu'on frappe les touches d'un piano, immédiatement elles verront s'élever au-dessus du clavier l'image colorée produite par le son. De même, le professeur de rhétorique extériorise la couleur qu'il aperçoit là où retentit surtout le son, perpendiculairement au-dessus de la tête de la personne qui chante. C'est ainsi que dans un chœur, il voit une foule de couleurs qui éclatent comme des points autour de la tête des choristes. L'officier du D[r] Lauret rapporte aussi l'image à une distance de un à deux mètres quelle que soit la position dans laquelle il se trouve par rapport à la source sonore.

On s'est demandé par quelle voie se faisait l'*extériorisation* : par l'appareil optique ou par l'appareil auditif ? Quand on demande aux expérimentateurs, dit le *London med. Record*. où ils localisent les couleurs, ils répondent que la sensation chromatique est analogue à une hallucination située non dans le champ visuel, mais dans le champ acoustique ; mais le seul fait de la localisation des images au-dessus des instruments et autres de la tête des personnes est suffisant pour démontrer que l'hallucination est extériorisée par l'appareil optique.

Mais, disent les adversaires de cette opinion, entre autres le D[r] Pedrono, si cette image était extériorisée par l'appareil optique, elle le serait dans la direction des axes, des ônes et des bâtonnets, absolument comme à l'état normal. En effet, si le sujet regarde la personne qui chante où l'instrument qui vibre, l'extériorisation pourra se faire dans la direction des éléments rétiniens ; mais si le sujet regarde dans une direction opposée, la sensation extériorisée ne se fera plus sous forme d'atmosphère chromatique au-dessus du chanteur ou de l'instrument. A l'appui de cette thèse, le D[r] Pedrono cite les remarques de son sujet. Les couleurs sont le produit d'une hallucination dans le champ auditif seul ; le siège de la couleur semble être là où le son retentit surtout, perpendiculairement au-dessus de la personne qui chante et autour de sa tête. Qu'il voit ou non la personne, l'impression est la même et vient du même endroit. L'œil n'éprouve aucune sensation, car les yeux fermés il pense à la même couleur.

On ne peut donc établir nettement le point de l'espace où le cerveau localise la sensation de l'audition colorée. Ce n'est qu'une perception d'une sensation colorée due à une sensation acoustique.

On s'est demandé comment ce phénomène si curieux pouvait bien se produire. Les uns, avec Nüssbaumer, n'y ont vu qu'une exagération de la sensibilité des centres chromatiques, déterminant une connexion intime entre le sens chromatique et le sens acoustique, chez des personnes qui, dès leur jeunesse, ont comparé les sens aux couleurs. D'autres, avec Bleuler, ont attribué cette faculté à une erreur de l'esprit. MM. Pouchet et Tourneux croient que cette bizarrerie des sens est due au trajet anormal des fibres nerveuses de l'oreille, se rendant aux centres perceptibles, exclusivement affectés ordinairement par les fibres du nerf optique. M. le professeur Lussana admet que l'organe de la notion des sons et celui de la perception des couleurs résident ensemble dans deux circonvolutions contiguës et qui sur certains sujets se trouvent parfois réunis ensemble par une anastomose, disposition qu'il a même représentée dans une figure de son mémoire sur la physiologie des couleurs : « il existerait alors une anastomose non constante qui réunirait la petite circonvolution cérébrale sus-orbitaire de l'organe de la notion du son (Gall), à la circonvolution sus-orbitaire de l'organe de la notion des couleurs. »

M. Nuel met l'audition colorée sous la dépendance de l'irradiation nerveuse centrale. D'après lui, les vibrations de l'air seraient conduites par le nerf auditif au centre acoustique ; tant qu'elles ne dépasseraient pas un certain degré d'excitation, elles se localiseraient au centre ; mais si celles ci devenaient plus forte, elles s'irradieraient dans les centres voisins qui répondraient à l'excitation primitive par une sensation variable avec la partie cérébrale irritée ; c'est ainsi que le centre chromatique, pouvant être impressionné, le sujet aura une perception chromatique analogue à celle due à une excitation directement transmise par le nerf optique. Pour M. Pe-

(1) Voir *Progrès médical*, n[os] 50 et 51.

drono, il y aurait des centres cérébraux sensoriels siégeant dans la substance grise ; le centre acoustique et le centre chromatique seraient voisins. Suivant la section et l'ébranlement moléculaire, les centres présidant aux sensations de la lumière, de la forme et de la couleur sont excitées et entrant en activité fonctionnelle donnent alors les sensations de lumière, de forme et de couleur. Mais si ces centres entrent habituellement en fonction sous l'influence d'une excitation venue de l'œil, il n'en est pas moins vrai qu'ils peuvent être impressionnés par des ébranlements nerveux provenant d'excitants tout autres, qu'il s'agisse d'un phénomène pathologique, tel que les hallucinations des déments, des alcooliques ou d'un phénomène physiologique anormal, tel que l'audition colorée. Le Dr Bareggi considère l'audition colorée comme une exagération de la faculté intellectuelle, qui consiste à établir des analogies non-seulement entre les idées du même genre, mais aussi entre des idées de genres divers ; par exemple : quand on fait des reproches amers, on met en rapport une sensation morale et gustative. Une voix mielleuse met en rapport un son et un goût, etc.

Des faits précédents, il résulte que le centre chromatique peut être excité non seulement par une impression venant de la rétine, mais aussi par des agents irritants perçus par d'autres organes des sens. Si l'on admet que les cellules de certains sens sont reliés à d'autres centres, plus ou moins éloignés, par des conducteurs nerveux, il est naturel de supposer que certaines cellules auditives sont unies à des éléments semblables du centre chromatique, ce qui explique alors facilement pourquoi telle cellule auditive irritée produit toujours la même perception. Nous croyons que l'audition colorée est un phénomène physiologique.

Dans notre précédent travail sur ce sujet, nous nous demandions, à propos de la théorie de M. Nuel, pourquoi l'ébranlement nerveux ne s'irradiait-il pas aussi du centre chromatique au centre auditif. « En effet, disions-nous, si ce centre chromatique était trop vivement impressionné, pourquoi des sons ne seraient-ils pas perçus par l'oreille de la personne douée de l'audition colorée ? Il faudrait alors admettre que le centre nerveux ne reçoit pas alors la sensation trop vive ou qu'il n'y a pas de rapports de réciprocité entre les couleurs et l'ouïe. Et puis l'on ne comprendrait pas pourquoi l'irradiation nerveuse ne se ferait que vers le centre auditif ; pourquoi les centres voisins du siège central de l'audition ne seraient-ils pas influencés de la même manière que le centre chromatique ? Il n'y aurait donc que celui-ci et celui de l'audition qui seraient aussi intimement unis. »

Mais depuis nous avons trouvé des faits qui répondent à notre hypothèse. Bleuler et Lehmann ont rapporté le cas d'un sujet qui en voyant bruler tranquillement une flamme de gaz avait l'impression des lettres v et w. Lorsque la flamme n'oscillait pas, elle donnait l'impression de l'i. Depuis, M. Pedrono a affirmé qu'on avait trouvé quatre sujets chez lesquels, à l'état normal, une sensation colorée éveille une sensation acoustique correspondante ; mais il ne donne aucun détail à ce sujet. M. de Rochas rapporte aussi qu'il a rencontré diverses personnes chez lesquelles un son éveillait l'idée d'une odeur ou d'une saveur. Enfin, tout récemment, le Dr Urbantschitsch (1) a montré dans une série d'expériences que les organes des sens avaient une influence réciproque les uns sur les autres (1).

Qu'on expose des tableaux colorés à une distance telle qu'on ne puisse apercevoir les couleurs avec peine, si l'on fait entendre un son, les couleurs deviennent d'autant plus vives que les sons sont plus élevés. De même l'œil peut lire, au moment de la perception du son, des caractères qu'il ne pouvait déchiffrer auparavant. C'est le phénomène de l'audition colorée. On observe une influence analogue sur le sens du goût. En appliquant sur la langue un objet salé, si l'on excite l'oreille par un son, on constate une augmentation du goût. Il en est de même pour l'odorat. Quant au toucher, il parait diminuer sous l'influence des sons. Réciproquement, les perceptions visuelles augmentent l'ouïe : le tic-tac de la montre est mieux entendu lorsque les yeux sont ouverts ; quand ils sont fermés, le son est moins net. Certaines couleurs augmentent l'acuité auditive, telles sont le rouge et le vert, d'autres comme le jaune et le bleu l'affaiblissent. A ce propos Urbantschitsch cite l'opinion des musiciens de l'Opéra de Vienne qui disait que ces quatre couleurs, rouge, vert, bleu et jaune produisaient une élévation du son d'un coma, tandis que le violet déterminait un abaissement égal.

De ces faits, il semble résulter qu'il existe un rapport direct entre la hauteur du son et l'éclat de la couleur perçue, faits du reste qu'expliquerait facilement la théorie actuelle de la vision.

La lumière et certaines couleurs influencent aussi d'une manière analogue les sens de l'odorat, du goût et du toucher.

Il existe donc des rapports physiologiques réciproques entre les différents sens. Aussi ces phénomènes d'audition colorée ne semblent-ils plus être un fait pathologique comme certains auteurs l'ont cru, mais bien comme le fait remarquer Urbantschitsch, le résultat d'une excitation sensitive sur la perception d'objets sensitifs existants.

Ces phénomènes nous donnent donc l'explication du sonnet de Verlaine qui commence par ce vers :

A noir, E blanc, I rouge, U vert, O bleu, voyelles...

Ils nous font aussi comprendre pourquoi, à la suite d'une absorption de haschisch, Théophile Gautier a éprouvé les sensations suivantes (2).

« Mon ouïe était prodigieusement développée, j'entendais le bruit des couleurs. Des sons verts, rouges, bleus, jaunes, m'arrivaient par ondes parfaitement distinctes. Un verre renversé, un craquement de fauteuil, un mot prononcé tout bas, vibraient et retentissaient en moi comme des roulements de tonnerre. Chaque objet effleuré rendait une note d'harmonica ou de harpe éolienne. »

(1) Urbantschitsch. De l'influence d'une excitation sensitive sur les autres sens ; in *Soc. imp. roy. des médecins de Vienne*, 22 octobre 1887.

(1) Voir *Revue Scientifique*, novembre et décembre 1887, et diverses communications récentes à la *Société de Biologie* (N. de la R.).

(2) Gautier. *La Presse*, feuilleton du 10 juillet 1843.

MUTATIONS DANS LES HOPITAUX DE PARIS. *Chirurgiens* — Par suite de la démission de M. le docteur Cruveilhier, chirurgien à l'hôpital Beaujon, les mutations suivantes auront lieu le 1er janvier prochain parmi le personnel des hôpitaux : M. le docteur Richelot passera du Bureau central à l'hospice de Bicêtre ; M. le docteur Reclus, de l'hospice de Bicêtre à l'hôpital Tenon ; M. le docteur Peyrot, de l'hôpital Tenon à l'hôpital Saint Antoine ; M. le docteur Marchand, de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Lariboisière, et M. Benjamin Anger de l'hôpital Lariboisière à l'hôpital Beaujon.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Suette miliaire.

La suette miliaire, qui a refait son apparition cet été dans le Poitou, n'y avait pas été observée depuis 1845. Cette nouvelle épidémie a été l'objet de nombreux travaux dont nous voulons parler ici. Nous laisserons de côté les différents articles et les revues générales que la plupart des publications médicales ont fait paraître à cette occasion, pour nous en tenir exclusivement aux travaux originaux de ceux qui ont suivi personnellement l'épidémie. A ce point de vue on peut diviser ces travaux en deux classes : d'une part les mémoires émanant des médecins du Poitou; de l'autre, ceux qu'en ont rapportés les membres de la mission envoyée, sous la direction du Pr Brouardel, pour étudier et enrayer cette nouvelle épidémie. — Ces deux ordres de travaux ont chacun une valeur particulière en raison même de leur diversité d'origine. Il est intéressant, en outre, de les comparer, car dans plus d'un cas les opinions diffèrent.

Les travaux des médecins du Poitou viennent d'être réunis en brochure par le *Poitou médical* qui a eu l'heureuse idée de joindre aux mémoires actuels ceux qui avaient paru après l'épidémie de 1845, et qui sont analysés dans la première partie de l'ouvrage.

Nous y trouvons un tableau clinique complet de la suette en 1845 par le Dr Gaillard. La maladie avait alors pour centre Poitiers, et a atteint presque exclusivement les personnes aisées. Une douzaine de malades succombèrent. L'épidémie suivit une marche assez bizarre. Après avoir débuté en juin, elle cessa presque complètement pendant 15 jours, puis reparut avec intensité pendant les 15 premiers jours de septembre, époque à laquelle succombèrent les 12 malades, puis disparut enfin progressivement. Comme traitement, il employait les sudorifiques, les toniques, et il remarqua que le sulfate de quinine avait peu d'action. Le Dr Orillard, qui observa aussi cette épidémie de 1845, a noté la durée de l'éruption, 6 à 8 jours, et la desquamation du 7e au 9e jour, en écailles ou en poussières, ainsi que la persistance de l'affaiblissement pendant plusieurs semaines. — Il remarqua aussi que l'accouchement et la grossesse étaient des circonstances aggravantes.— Une autopsie put être faite, mais ne révéla aucune lésion spéciale, et il considérait la nature de la suette comme un empoisonnement miasmatique. Enfin il ne lui reconnaissait aucun caractère contagieux, ce que nous verrons du reste affirmé par presque tous les médecins du pays. Pour le Dr Loreau, au contraire cependant, la suette est pestilentielle et contagieuse, opinion qu'il était seul à professer alors, ce qu'il faisait cependant avec preuves à l'appui. Il paraît du reste avoir mieux compris que les médecins de cette époque la prophylaxie de la suette. M. Arlin considérait la suette comme une véritable intoxication dont les effets sur le sang sont d'autant plus marqués que la suette est plus intense. Pour lui, la suette est épidémique mais non contagieuse.

Parmi les causes auxquelles on accordait alors de l'influence, M. de la Mardière range les conditions atmosphériques, et aussi les impressions morales et, en particulier, la peur. Il insiste sur l'oppression extrême et la douleur vive ressentie au bout des doigts.— Il a constaté de bons effets avec le sulfate de quinine dans des cas de rémittence. Les Drs Abribat et Gigon pensent aussi que la suette est épidémique mais non contagieuse.

La seconde partie de l'ouvrage comprend tous les documents fournis par les médecins des régions atteintes par la suette. Les Drs Thiaudière et Litardière rapportent l'épidémie de Sillards, commune qui pendant la double épidémie de rougeole et de suette a présenté 244 malades, c'est-à-dire le quart de la population, mais ils ne se prononcent pas sur la nature et la marche de la suette, ni sur ses rapports avec la rougeole. On sait, en effet, que sur beaucoup de points la rougeole s'était montrée avant la suette ou concurremment avec elle, donnant ainsi lieu à une grande confusion dont M. Brouardel paraît avoir donné la clef. — Le Dr Guillé, qui a observé la suette et la rougeole à Montmorillon et dans les environs, pense qu'il y a lieu de maintenir la catégorie pathologique de rougeole miliaire ou rougeole compliquée de suette. C'est là certainement la suette rubéolique de M. Brouardel. Le Dr Guillé n'admet pas la contagion directe. La transmissibilité se fait par l'air à petite comme à grande distance. Telle est aussi l'opinion du Dr Coutancin qui a observé dans le même canton que l'épidémie se propageait suivant le sens du vent. Cependant, dans l'Indre, le Dr Michon a constaté plusieurs cas dans la même maison. Le Dr Bernard qui a observé l'épidémie avec un des membres de la mission, M. Parmentier, a remarqué la rapidité presque instantanée de l'incubation, et a noté chez plusieurs malades une diminution d'un tiers des globules sanguins, d'où longueur de la convalescence par suite de l'anémie des malades. Il a, en outre, observé plusieurs récidives. Il regarde la suette comme éminemment contagieuse et de nature paludéenne, aussi le sulfate de quinine à haute dose aurait-il des avantages. Le Dr Ponteil a noté la grossesse comme une circonstance aggravante; la plupart des femmes grosses atteintes de suette sont mortes. Les nourrices, au contraire, ont peu souffert. — Comme le Dr de la Mardière, il a constaté l'influence des émotions vives. Quant à la pathogénie il croit plutôt à l'infection qu'à la contagion.

Enfin, en ce qui concerne les rapports entre l'épidémie de suette et celle de rougeole, les Drs Roland et Chedevergne, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine le 11 octobre 1887, étudient les pseudo-suettes et les rougeoles de Poitiers et affirment qu'en aucun cas on ne pourrait songer à la suette qui n'a jamais été observée à Poitiers. C'est là une chose dont se défendent énergiquement les médecins de Poitiers que cette confusion de la rougeole et de la suette, défense à laquelle a pris part surtout le Dr Jablonski dans une lettre en réponse au Dr Daremberg, de Paris, qui, dans le *Journal des Débats*, accusait les médecins de Poitiers d'avoir confondu ces deux maladies. Ceux qui ont pu observer à la fois l'épidémie de rougeole et celle de suette sont du reste de l'avis des médecins de Poitiers.

Les deux mémoires les plus importants ont eu pour auteurs des membres de la mission envoyée dans le Poitou. Le premier est celui de M. Parmentier, interne des hopitaux, paru récemment dans la *Revue de méde-*

cine, et le second est la communication du Pr Brouardel à l'Académie de médecine. M. Parmentier a étudié surtout la suette au point de vue clinique. Nous n'analyserons pas la partie de son mémoire qui traite des symptômes, nous proposant d'en parler tout à l'heure à propos du rapport de M. Brouardel, et nous nous arrêterons seulement aux points les plus originaux. Le premier est l'étude de l'état du sang chez les suetteux. Il en distingue deux types : celui de la suette ordinaire sans complication phlegmasique, et celui de la suette avec phénomènes inflammatoires. Dans le premier, le sang n'est pas modifié, dans le second, on a les caractères du sang phlegmasique plus ou moins marqués. — Les globules blancs et rouges ne subissent aucune modification de nombre dans le premier cas. Dans le second, il y a diminution d'un quart des globules rouges et augmentation du double des globules blancs. La richesse en hémoglobine est aussi un peu diminuée. Tout cela explique parfaitement l'anémie de la convalescence. — Le second point important est l'influence de la suette sur la grossesse, influence qui serait presque toujours fatale. Enfin il a noté, ainsi que certains médecins l'avaient déjà observé en 1845, que la sueur n'avait pas d'odeur *sui generis*, mais la tenait seulement des conditions hygiéniques du malade.

Le Pr Brouardel a tracé une étude magistrale de la suette dans son rapport à l'Académie. Le plus souvent le début est brusque, et a lieu par des sueurs nocturnes, avec grande faiblesse. A la *première période :* on observe des sueurs continues, une fièvre avec 38° à 40°, de la faiblesse et du malaise. Les phénomènes nerveux les plus importants sont des étouffements continus et paroxystiques, et de la constriction épigastrique, la barre ; enfin des palpitations, de l'agitation et du délire. Quelquefois il y a des épistaxis et de la toux. *Deuxième période* : Au 2e ou 3e jour apparaissent des démangeaisons et du picotement qui annoncent l'éruption, laquelle est constituée par une éruption miliaire proprement dite d'une part et par un exanthème qui lui sert de substratum, de l'autre, exanthème qui a trois formes : rubéolique, scarlatiniforme et purpurique. L'éruption peut passer par ces trois étapes ou persister sous une de ces formes. En tous cas polymorphie de l'éruption, voilà le point caractéristique. La face est prise, puis le cou, le tronc, les membres. En même temps diminution des sueurs et accalmie des phénomènes nerveux. Constipation. L'urine qui avait diminué ou disparu revient à la normale. *Troisième période* : La desquamation revêt deux formes, soit par points isolés, soit par grands lambeaux, et se fait dans le même ordre que l'éruption. La convalescence est des plus pénibles, même si la suette a été légère.

M. Brouardel distingue deux variétés : une *grave*, suette miliaire mortelle ; une *bénigne*, suette ambulatoire. Dans la première, mort en 48 h. avec décomposition cadavérique très rapide. Les rechutes ne sont pas rares dans la seconde. Quant au pronostic on peut dire que la suette est une affection traitresse. Les cas mortels s'observent surtout chez les individus robustes. Ce que le Pr Brouardel a surtout mis en lumière c'est la suette rubéolique, qui affecte une si grande ressemblance avec la rougeole, et que les médecins du Poitou ont d'abord confondue. Elle s'observe chez les enfants. Elle apparait dans des lieux ayant eu récemment une épidémie de rougeole et frappe des enfants ayant été atteints déjà par la rougeole. On la voit souvent survenir chez des enfants dont les parents ont eu la suette classique. L'incubation n'est que de 24 heures. Cette suette rubéolique explique la corrélation établie entre la suette et la rougeole. Malgré les affirmations des médecins de Poitiers il peut y avoir eu des rougeoles hybrides qui ont passé inaperçues et semblables à celles que le Dr Jablonski dit avoir précédé la suette dans le canton de Lussac et qui n'étaient sans doute que de la suette rubéolique.

L'épidémie de suette récente, quoique d'une grande intensité, a cependant enlevé peu de monde, 6,60 0/0 au plus. Où l'épidémie a frappé à la fois les adultes et les enfants elle a été le plus grave ; elle l'a été moins quand elle ne frappait que les enfants.

Contrairement à l'opinion des médecins de 1845 et de la plupart de ceux du Poitou actuellement, M. Brouardel a démontré que la suette était véritablement contagieuse directement. Quant à la nature de la suette, elle nous reste absolument inconnue. Il en est de même de son anatomie pathologique.

Reste le traitement qui peut être curatif mais doit être surtout prophylactique. En effet, aucun des traitements employés jusqu'à ce jour n'a paru amener d'effets véritablement curatifs. Restent deux moyens que la contagiosité commande : l'isolement et la désinfection. Le Pr Brouardel recommande pour cette dernière les lessives au sulfate de cuivre, l'emploi de l'acide sulfureux, et l'usage de l'étuve mobile à vapeur humide. P. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 décembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. LÉON GUIGNARD et CHARRIN adressent une note très intéressante sur *les variations morphologiques des microbes*. Le microbe de la pyocyanine, dont ils ont minutieusement étudié les métamorphoses se présente dans le bouillon pur sous la forme d'un bacille mobile, dont la longueur égale à peine deux fois le diamètre. La culture, à l'étuve, à 35°, se recouvre d'un voile sous lequel apparaît la matière colorante d'un vert-bleu passant au jaune. Les bacilles commencent alors à condenser leur contenu en un ou deux globules autour desquels la membrane s'épaissit. Ce sont des cellules enkystées, des arthrospores. Si, au bouillon pur, on ajoute divers acides minéraux ou organiques, des phénols, des sels, etc., on obtient des formes variables suivant les conditions de l'expérience. Une de ces formes est représentée par un vrai bactérium : elle apparaît au début quand on ajoute au bouillon une légère quantité d'acide phénique ou de créosote. Emploie-t-on, au lieu de ces dernières substances, du naphtol β à 0.25 pour 1.000, du thymol à 0.50 pour 1.000, de l'alcool à 40 pour 1.000, on a alors des bacilles de toutes longueurs, isolés ou soudés en pseudo-filaments et des filaments proprement dits, enchevêtrés, formant feutrage à la surface. Toutefois ces différentes formes sont temporaires : bientôt reparaît le [illegible]. Si l'on ajoute au bouillon primitif du [illegible] à 0.10 pour 1.000, la culture se manifeste tout d'abord avec des filaments enchevêtrés ;

mais, au bout de cinq ou six jours, ces derniers sont remplacés par le bacille normal. Avec l'acide borique, la transformation est fort curieuse. En effet, à la dose de 3 pour 1.000, le développement est retardé, mais la production de pyocianine continue. A la dose de 5 pour 1.000, la culture présente des filaments courts; à 6 ou 7 pour 1.000, nouvelle modification avec des bacilles droits, flexueux ou courbés en croissant et même en boucle. Si ces bacilles incurvés ne se segmentent pas, on les voit former des spirilles à tours très serrés. Le microbe ne fabrique alors plus de pyocyanine et il revient lentement à son état primitif. — Les bacilles, cultivés dans le bouillon additionné de 0.75 de créosote ou de 2 grammes d'acide salicylique sont, au bout de trois ou quatre semaines, le siège d'une formation interne de cellules durables, sphériques, semblables à des microcoques : ces cellules constituent une forme pour la reproduction, car, reportés dans le bouillon pur, elles reparaissent à l'état de bacille normal, fabriquant de la pyocyanine. Ces importantes recherches montrent donc que le polymorphisme expérimental de ce microbe de la pyocyanine est très étendu; mais ce que ces expériences établissent de plus remarquable, c'est que, quelle que soit la forme que l'on sème dans le bouillon pur bactérium, bacille court ou long, droit ou incurvé, filament, spirille, microcoque, cette forme reproduit aussitôt le bacille normal (et lui seul) avec la pyocyanine. Ce contrôle nécessaire devient donc le critérium de la pureté des cultures. On comprend ainsi quelle réserve doit être apportée dans la détermination des espèces microbiennes et quel rôle le milieu joue au point de vue morphologique pour chaque microorganisme déterminé.

MM. Cadéac et Malet font connaître les résultats de leurs *recherches expérimentales sur la transmission de la tuberculose par les voies respiratoires*. Leurs expériences peuvent se réunir sous trois chefs : 1° Ils ont fait inhaler à des animaux des poussières tuberculeuses maintenues en suspension dans l'atmosphère par l'agitation continuelle de l'air. Sur 46 animaux (lapins et cobayes), ainsi traités, 2 seulement sont devenus tuberculeux; ces 2 animaux avaient eu les voies respiratoires irritées par des inhalations de brome. — 2° Les expérimentateurs ont pulvérisé des liquides tuberculeux dans des caisses renfermant des lapins. La tuberculose s'est, dans ce cas, toujours développée. — 3° Enfin ils ont injecté des matières tuberculeuses dans la trachée : les animaux sont rapidement devenus tuberculeux. Les voies respiratoires sont donc très favorables au développement de la tuberculose, quand les bacilles qui pénètrent dans leur intérieur ont pour véhicule un liquide inerte; ces bacilles s'implantent, au contraire, difficilement, rarement, dans les voies respiratoires des sujets sains, quand les agents virulents sont incorporés à des poussières.

M. M. Gayon décrit un *moyen de recherche et de dosage des aldéhydes dans les alcools commerciaux*.

M. Chuard étudie *le mécanisme de l'introduction et de l'élimination du cuivre dans les vins provenant de vignes traitées par les combinaisons cuivriques*.

M. Dehérain est élu membre de la section d'économie rurale, en remplacement de M. Boussingault.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 déc. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Leven expose le résultat de ses recherches sur le *traitement de l'obésité*. Celle-ci est tout particulièrement liée aux troubles du système nerveux, qui transforme tous les aliments en graisse; aussi faut-il veiller à son bon fonctionnement et éviter surtout les causes d'irritation du plexus solaire. Suivant un grand nombre d'auteurs, l'obésité serait le plus souvent sous la dépendance de la diathèse arthritique et de ses manifestations : rhumatisme, migraines, affections du foie, eczéma, etc.: or, la diathèse arthritique n'existe pas. Sa notion doit être remplacée dans la circonstance par la connaissance des troubles névropathiques. Aussi le médecin doit-il avoir surtout en vue la cure de ces troubles, et, pour ce faire, il ne privera pas le malade de boissons ou d'aliments. Toutefois, pour permettre à l'estomac de se reposer, il prescrira un usage très modéré de la viande, qui sera remplacée par des œufs, des soupes, du lait à discrétion. En même temps, on évitera les fatigues de toutes sortes, intellectuelles et physiques, les travaux excessifs, comme les écarts immodérés de gymnastique ou de marche.

M. Grimaux dit s'être bien trouvé du régime prescrit par M. Leven et qui était composé exclusivement d'œufs, de pommes de terre et de riz au lait.

M. Paul Loye, à propos d'une communication faite à l'Académie des sciences par M. de Saint-Martin, sur *l'activité des combustions respiratoires pendant l'anesthésie*, rappelle que Paul Bert avait complètement modifié, en 1885, l'opinion qu'il professait, en 1870, sur l'état des gaz du sang, pendant la chloroformisation. P. Bert a, en effet, publié, en 1885, une note dans laquelle il démontre que le sang artériel s'appauvrit en oxygène pendant l'anesthésie. Les expériences sur lesquelles il se fondait, et que M. P. Loye avait été chargé d'exécuter, ne laissaient aucun doute. M. de Saint-Martin, qui n'a pas connu cette dernière publication, a donc eu tort de prêter à Paul Bert une opinion que des méthodes plus délicates avaient permis de réformer. Quant aux expériences de M. de Saint-Martin sur l'exhalation de l'acide carbonique durant l'anesthésie, elles ne sont également que la simple répétition de celles de Paul Bert.

M. Dastre rappelle qu'il a établi antérieurement que la présence de la bile dans l'estomac pendant les différentes périodes de la digestion n'enlevait pas au suc gastrique sa puissance digestive et que, partant, elle ne pouvait être cause de vomissements ou de troubles gastriques graves. Aujourd'hui, grâce à la réussite de deux opérations de fistule cholécysto-intestinale, il se croit en mesure de conclure que la bile intervient autant que le suc pancréatique dans la digestion des graisses, opinion qui va à l'encontre de celle émise par Claude Bernard. En effet, les deux animaux étant très bien portants quatre mois après l'établissement de la fistule, on leur a donné un repas de viande, de graisse et de lait et on les a sacrifiés en pleine digestion. L'examen a montré avec une netteté absolue que les chylifères étaient transparents entre l'estomac et la fistule sur tout le parcours où le suc pancréatique avait agi seul; ils étaient, au contraire, tout à fait blancs et laiteux après la fistule, c'est-à-dire lorsque la bile avait pu agir. Par conséquent, si l'observation sur le lapin nous apprend que la bile seule est impuissante à émulsionner les graisses, l'expérience précédente nous montre que le suc pancréatique seul est tout aussi impuissant. Il faut leur mélange et la bile intervient donc aussi bien que le suc pancréatique dans la digestion des graisses.

M. A. Robin présente une note de M. Lemoine (de Nancy) sur le traitement de l'épilepsie par l'antipyrine. Cette substance modifierait surtout favorablement les céphalées et les névralgies consécutives aux attaques, mais serait impuissante à les enrayer.

MM. Brasse et Wirth communiquent le résultat de leurs recherches sur l'élimination du mercure par les organes et sur la stomaticité mercurielle en particulier. Celle-ci est liée à l'élimination par les glandes et à l'action directe du mercure sur la muqueuse buccale, qui présente, d'ailleurs, une impressionnabilité très différente suivant les sujets.

M. Laffont étudie l'empoisonnement par la cocaïne, qui se caractérise par de l'incitation de l'hyperesthésie sensorielle et une tachycardie qui aboutit souvent au collapsus.

M. Déjerine a observé un cas d'empoisonnement par la cocaïne où il a pu noter la plupart des phénomènes signalés par M. Laffont. Il existait, en particulier, une dissociation de la sensibilité. Le malade percevait le contact des doigts alors que les pincements n'étaient pas ressentis. Il existait en outre au niveau des points où se pratiquaient les injections, des croûtes analogues à celles du rupia syphilitique,

Elles avaient pu induire en erreur, le malade ayant été observé pendant un accès de collapsus.

M. Gréhant a fait des études sur la *recherche et le dosage des produits de la combustion incomplète du gaz d'éclairage.* Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 décembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Féréol lit l'éloge de M. Bernutz, décédé.

M. Cornil lit une note de MM. Spilmann et Haushalter (de Nancy) *sur la dissémination du bacille de la tuberculose par les mouches.*

M. le Président déclare une *vacance* dans la section de physique et de chimie.

Election du vice-président pour l'année 1888. Votants : 63. Majorité, 32. M. Maurice Perrin obtient 62 voix, M. Tarnier 1. En conséquence, M. M. Perrin est proclamé vice-président de l'Académie.

M. Proust est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de secrétaire annuel.

MM. Charcot et Panas sont élus membres du Conseil.

M. Brouardel fait une communication sur l'*action physiologique de l'antipyrine* et établit le rôle antifermentescible, antigerminatif et antiputrescible de ce médicament, même quand il est employé à doses très faibles. Ces faits semblent d'accord avec ceux constatés par M. A. Robin à propos de la diminution des échanges organiques chez les individus soumis à l'usage de cette substance : ils permettent aussi de comprendre l'action antiseptique signalée par M. Verneuil.

M. Folet (de Lille) lit un travail ayant pour titre : *Contribution à l'étude de la herniotomie chez le nouveau-né.*

M. Demons (de Bordeaux) fait une communication sur deux cas d'extirpation du larynx, à l'occasion de tumeurs épithéliales. L'extirpation du larynx doit être regardée comme une opération supérieure à la trachéotomie.

M. Hardy fait une importante communication sur la *contagion de la pelade*. Dans une des précédentes séances, M. Ollivier s'est élevé contre les mesures adoptées dans divers établissements scolaires, à l'effet de combattre la pelade. La réclusion notamment lui a semblé une mesure excessive, d'autant plus que la pelade ne lui paraît pas une affection contagieuse. — Or, cette mesure, MM. Hardy et Hillairet ont contribué à la faire adopter à la suite d'une épidémie qui sévit sur le lycée de Vanves. — La pelade est une maladie contagieuse, mais dont la contagion n'est pas fatale ; elle est commune dans le jeune âge, attaque les gens débilités, les nerveux. La pelade ressemble à beaucoup d'autres maladies contagieuses, la fièvre typhoïde, la tuberculose, la lèpre, qui exigent la réceptivité individuelle. Les preuves de la contagion abondent dans les épidémies de pelades observées dans les collèges, les écoles, les casernes. Toutefois, ces épidémies sont moins fréquentes dans les collèges depuis l'application de ces mesures qu'on voudrait abolir aujourd'hui. Les épidémies observées dans les casernes, principalement à Montpellier, sont des plus concluantes en faveur de la contagion, puisque la suppression de la tondeuse a amené la disparition de l'épidémie. Il en est de même de l'épidémie du lycée d'Amiens où 50 jeunes gens sur 400 devinrent peladeux, à la suite de la pratique de la tondeuse. En somme, partout où on constate l'existence d'un peladique, il y a de fortes présomptions pour en constater plusieurs autres cas semblables. Suivant les époques, on a invoqué l'existence ou la non existence d'un parasite de la pelade. A la vérité, on ne peut se prononcer d'une façon rigoureuse. L'expérimentation permet, en sectionnant un nerf, de produire une pelade. C'est la preuve que la même dénudation peut avoir lieu sous l'influence de causes différentes. Dans le cas particulier, il s'agit d'une trophonévrose. Bazin a admis deux espèces de pelade, l'une parasitaire et contagieuse, l'autre nerveuse et non contagieuse. Ces deux pelades ont les mêmes symptômes, la même marche, mais ne sont pas susceptibles d'être différenciées. Devant cette difficulté de diagnostic, il faut les confondre dans la même réprobation. Voilà pourquoi M. Hardy demande le maintien du règlement incriminé.

M. Ollivier ne croit pas que la pelade est aussi contagieuse que M. Hardy vient de le déclarer, car sur 130 cas suivis avec soin, il n'a relevé aucun cas de contagion. Il se propose de répondre à M. Hardy dans une prochaine séance.

M. Ernest Besnier prie M. Ollivier d'indiquer, dans des conclusions, ce qu'il pense de la prophylaxie de la pelade, afin que la discussion puisse être basée sur des données précises.

M. Ollivier fournira, dès la prochaine séance, l'exposé de ces conclusions. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 décembre 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. le Dr Ovion (de Boulogne) adresse à la Société une observation de *mort subite par le chloroforme lors d'une opération pour hernie étranglée.*

M. Verneuil dépose sur le bureau une série d'observations que M. Ledru (de Clermont-Ferrand) lui a adressés.

M. Terrier dépose sur le bureau le 3e fascicule de son manuel de pathologie chirurgicale qu'il vient de publier en collaboration avec MM. Broca et Hartmann.

M. Demons (de Bordeaux) fait une communication sur les *épanchements pleurétiques* qui surviennent chez certaines femmes atteintes de *kystes de l'ovaire*. Ces épanchements sont de deux sortes : 1° Les uns sont bien connus et cela depuis longtemps ; ce sont ceux qui sont symptomatiques d'une tumeur secondaire de la plèvre ou du poumon (le kyste de l'ovaire étant d'origine maligne) ou bien qui surviennent comme conséquence de l'état cachectique ; 2° D'autres sont séreux et surviennent pendant l'évolution de tumeurs bénignes de l'ovaire. Il ne s'occupera au point de vue diagnostique, pronostique, et thérapeutique que de cette variété d'épanchements, qu'il a observée 10 fois sur 50 malades. De cette fréquence il a conclu qu'il n'y a pas seulement coïncidence entre l'épanchement et le kyste ovarique. Ces épanchements s'observent quand la tumeur est très volumineuse ou peu volumineuse. Il ne les a pas constatés quand le kyste est très petit. Ordinairement il n'y a qu'une douleur très légère ; parfois elle est nulle, d'autres fois assez vive. La dyspnée et l'oppression sont variables suivant l'étendue de l'épanchement qui quelquefois reste absolument latent. Ces deux derniers phénomènes peuvent parfois être si marqués qu'ils doivent faire penser de suite à un epanchement pleurétique si la femme a une tumeur du ventre (bien entendu, il s'agit de cas où la tumeur n'est pas assez volumineuse pour refouler le diaphragme et comprimer le poumon). La sérosité de l'épanchement est généralement citrine, claire. Dans le seul cas où il a fait la thoracentèse, il a constaté nettement qu'il ne s'agissait pas d'un simple hydrothorax, car après la ponction il a noté un bruit de frottement. L'épanchement peut être unique ou double, et siéger du côté correspondant ou du coté opposé à celui qui a été le point de départ de la tumeur de l'ovaire. Faut-il dédaigner d'opérer les malades qui présentent à la fois un épanchement pleurétique et un kyste de l'ovaire ordinaire. M. Demons, persuadé que cet épanchement est la conséquence directe de la présence d'un kyste dans le ventre, n'hésite pas à faire l'ovariotomie, sauf quand la dyspnée est par trop intense. Il a toujours obtenu de bons résultats. L'épanchement a disparu aussitôt après l'opération, mais il est resté un bruit de frottement, ce qui prouve bien qu'il s'agissait d'un épanchement pleurétique dont la pathogénie est facile à comprendre si l'on se rappelle l'existence et la constitution des lymphatiques de la plèvre et du péritoine, ainsi que leurs moyens de communication.

M. Terrier a signalé dans sa dernière relation de 25 ovariotomies cette relation des épanchements pleuraux et des tumeurs de l'ovaire. Il reconnait cependant que M. Demons a eu spécialement l'attention attirée sur ce point. Pour lui, soit qu'il n'ait pas eu affaire à une série aussi malheureuse, soit qu'il ait laissé passer inaperçus des cas analogues, la relation ci-dessus étudiée n'est pas aussi fréquente que le pense M. De-

mons. Il connait ces faits qui sont d'un pronostic sérieux, car ordinairement ils indiquent une généralisation cancéreuse, en particulier à la plèvre. Quand ces épanchements pleurétiques existent, quand après la ponction ils se reproduisent plusieurs fois, ils doivent attirer l'attention. Quand l'épanchement est peu considérable, il passe inaperçu ; mais alors il est d'un pronostic bénin. M. Terrier avoue ne rien comprendre à l'explication pathogénique avancée par M. Desmons ; cela ne l'empêche pas d'opérer dans tous les cas, alors même que ces épanchements sont abondants ; alors même qu'on soupçonne une généralisation cancéreuse, le malade n'a rien à perdre si on l'opère. Si l'épanchement est trop abondant, on doit faire quelques ponctions avant de faire l'ovariotomie.

M. BOUILLY, sur 28 cas de tumeurs de l'ovaire, a vu deux fois des épanchements pleuraux. 1er cas: Kyste très ancien, très gros ; épanchement à droite. Opération avec anesthésie très surveillée ; ablation du kyste. Guérison avec disparition consécutive et assez rapide de l'épanchement. — 2e cas : Tumeur de l'ovaire, ascite, très grand épanchement pleural, opération facile. Guérison. L'épanchement se résorba. — D'autre part, il a fait une laparotomie exploratrice chez un malade atteint d'une tumeur maligne de l'intestin, reconnue à l'ouverture du ventre inopérable et présentant un grand épanchement pleural. — Il conclut : quand il y a tumeur maligne de l'abdomen avec épanchement pleural, ce dernier peut ne pas être d'origine néoplasique (cancer secondaire de la plèvre) et peut se résorber rapidement après l'ablation de la tumeur ventrale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a vu des cas analogues. Il croit qu'il s'agit d'*Hydropisie de la plèvre* et non pas de pleurésie. Il n'est pas nécessaire qu'on ait affaire à une grosse tumeur du ventre. Pour lui, comme pour M. Terrier, cette hydropisie de la plèvre est d'un pronostic très sérieux ; elle semble coïncider ordinairement avec des tumeurs inopérables. Donc, deux catégories de faits : ceux qu'il vient de citer, épanchements dans des cas de tumeurs malignes très graves ; enfin d'autres où l'épanchement pleural est un épiphénomène sans importance. L'épanchement pleural ne sert pas à grand chose pour savoir si la tumeur de l'ovaire est maligne ou bénigne ; d'ailleurs M. Demons n'a pas voulu dire que cet épiphénomène pouvait être utilisé dans ce but. Pour, lui le caractère de bénignité ou de malignité d'une tumeur abdominale est assez bien indiqué par les modifications que présente l'urine. Si la tumeur est maligne, il y a une *diminution notable de la quantité des urines*, 200 gr. environ en 24 heures ; la quantité d'urée est ordinairement diminuée, comme la montré Thiriar.

M. TERRILLON a vu trois fois des épanchements pleuraux coïncider avec des tumeurs de l'ovaire, lesquelles étaient malignes, végétantes dans deux cas. Dans le troisième, il s'agissait d'un kyste moyen accompagné d'un épanchement considérable (dyspnée très grande). Il a fait l'ovariotomie ; l'épanchement ne s'est pas reproduit. Il est donc avéré qu'il y a deux grandes espèces de ces épanchements pleuraux, comme l'a dit M. Demons. La seconde variété, celle qui accompagne les tumeurs bénignes, disparait après l'ablation de la tumeur ovarique.

M. VERNEUIL. Voilà des faits qu'il faut se borner à enregistrer, mais pour lesquels il y a des explications multiples. D'ailleurs toutes les tumeurs de l'abdomen sont capables de déterminer des épanchements pleurétiques, même les kystes hydatiques du foie qui proéminent dans la cavité abdominale, même les tumeurs malignes de l'utérus. Pour lui, il s'agit plutôt d'hydropisie que de pleurésie. Il ne faut pas trop ponctionner ces épanchements pleuraux, car, au bout d'un certain nombre de ponctions de la plèvre, l'épanchement devient purulent.

M. DEMONS. — En résumé, on admet la distinction que j'a établi dès le début de ma communication. En pratique, il faut bien distinguer ces deux grandes variétés d'épanchements pleuraux. Je crois même qu'on peut les différencier cliniquement. Ceux de la première catégorie en rapport avec l'existence d'un cancer pleuro-pulmonaire se reconnaitront aux hémoptysies, à la couleur du liquide sanguinolent retiré par la ponction. Pour ceux de la seconde catégorie, sur lesquels j'attire aujourd'hui l'attention, ils sont bien moins graves mais bien moins connus. C'est pourquoi j'ai pris la parole. Il ne faut pas s'en trop préoccuper et opérer malgré eux.

M. TERRILLON communique la *troisième* série des 35 ovariotomies qu'il a pratiquées cette année pour kystes ou tumeurs des ovaires seuls. Il a perdu 4 malades ; les 20 dernières opérations ont guéri sans accidents. Aucune des 4 malades qui ont succombé n'est morte de péritonite ou d'accidents infectieux. Le décès est dû à l'état antérieur grave, aux manœuvres étendues et prolongées ou bien à l'ancienneté du kyste. En général, ces ovariotomies ont présenté des difficultés opératoires très accentuées ; quelques-unes ont été incomplètes. L'une d'elles, pratiquée chez une malade, absolument maniaque, a été la cause de la disparition absolue des accidents nerveux. M. Terrillon insiste sur les avantages du lavage du péritoine à l'eau bouillie ; il veut se débarrasser à tout prix de l'acide phénique ou du sublimé, sauf pour ce qui regarde le chirurgien. Il commence à employer, pour remplacer les éponges si difficiles à rendre aseptiques, une sorte de *tissu spongieux* qu'on peut faire bouillir séance tenante et qui est utilisé avec succès en Allemagne et dans le service de M. Pozzi. M. Terrillon ajoute qu'il donne après l'opération des laxatifs doux qui rendent de très grands services aux malades (ventre non distendu, pas de régurgitations gazeuses, etc.).

M. TRÉLAT ne voit pas pourquoi on va chercher en Allemagne un *tissu spongieux spécial* pour remplacer les éponges. Il emploie, dans son service, depuis longtemps, au lieu d'éponges, des bourdonnets de *coton* chimiquement pur; ils sont très commodes.

M. POZZI tient à indiquer les avantages de ce tissu spongieux spécial, dont on fait des compresses à bords ourlés, et qu'on fait bouillir pendant une heure. Ces compresses, très spongieuses, sont très maniables, très antiseptiques. — C'est un moyen excellent que de purger les malades après l'ovariotomie. L'habitude de donner de l'opium a joué à plus d'un chirurgien de vilains tours ; mais il préfère des lavements au vin aux purgatifs comme le calomel, à cause de l'intolérance gastrique qui est fréquente.

M. TRÉLAT dit que les compresses ourlées et bouillies sont bien connues. Il en emploie, lui aussi.

M. TERRIER confirme le fait. Il ajoute qu'il recourera encore bien longtemps aux éponges ; les éponges sont facilement rendues aseptiques. Il ne fait pas le lavage du péritoine, parce que l'eau bouillie à 100° n'est pas absolument dépourvue de germe. Si l'eau était placée dans un autoclave à 120°, ce ne serait pas la même chose, car les spores qui ne sont pas détruites à 100° le sont toutes à 120°. — Il recommande aussi les laxatifs sous forme de lavements boriqués et glycérinés.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Les éponges sont faciles à désinfecter ; mais il faut savoir s'en servir et utiliser celles à larges ostioles des Anglais. L'éponge est encore ce qu'il y a de mieux comme tissu spongieux !

M. POZZI répond à MM. Trélat et Terrier que les compresses de *tissu spongieux* qu'il a employées n'ont rien de commun avec leurs compresses de toile ordinaire, ourlées ou bouillies. C'est même là un tissu absolument différent. — Il est facile de se procurer une eau absolument dépourvue de spores. Il faut d'abord la faire bouillir à 100° pour tuer les bactéries ; puis la mettre dans des conditions spéciales pour que les spores non détruites se transforment toutes en bactéries qui, elles, seront à leur tour, détruites par une nouvelle ébullition. *Procédé des ébullitions successives.* C'est un procédé de stérilisation employé, entre autres, pour les tubes à drainage. — Les malades se trouvent très bien du lavage du péritoine. Il rend de grands services contre le choc traumatique.

ÉLECTIONS. — Constitution du bureau pour 1888 : M. POLAILLON est élu président ; M. LE DENTU, vice président ; M. Monod, premier secrétaire ; M. Pozzi, second secrétaire.

MARCEL BAUDOUIN.

NOMINATIONS. — Par décret, en date du 12 décembre 1887, M. MAUREL, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer. — Par décret, en date du 12 décembre 1887, M. SAUZE, [illegible] de la marine [illegible], docteur en médecine, a été nommé au grade de médecin de 2e classe dans la réserve de l'armée de mer.

REVUE D'HISTOIRE MÉDICALE

I. La vie privée d'autrefois. *Les soins de toilette et le savoir-vivre*; par A. FRANKLIN, in-18 de 220 p., additions et planches. — Plon et Cie, 1887.

II. Un grand hôpital parisien en 1886. *L'hôpital Lariboisière*; par Louis GALLET, brochure in-18 de 39 p. — Steinheil, 1887.

III. La prostitution dans l'antiquité. *Etude d'hygiène sociale*; par E. DUPOUY, in-8 de 220 p. — Meurillon, 1887.

IV. El congresso medico-regional de Navarra en 1886. — Imprimerie provinciale. 1886.

V. E.-F.-A. Vulpian e le sue opere; par MASSALONGO ROBERTO, brochure in-8 de 8 p.; Vallardi.

I. M. Alfred Franklin, le savant administrateur de la bibliothèque Mazarine, a commencé sous ce titre général: « *La vie privée d'autrefois* » une série de publications du plus haut intérêt. Nous nous bornerons à analyser le premier volume consacré aux « soins de toilette » qui, on le comprend, nous importe tout particulièrement, car il renferme en somme un exposé complet de l'hygiène du corps à travers les âges. Rappelons que l'auteur est un de ceux qui ont le plus contribué à nous faire connaître les trésors renfermés dans les Archives de la Faculté de médecine et que ses études sur les corporations ouvrières, en particulier sur celle des barbiers-chirurgiens, du XIIe au XVIIIe siècle, ont été accueillies par le plus vif succès.

Etudiant les premiers âges de la chrétienté, M. Franklin nous montre que l'Eglise s'est toujours complue à entretenir avec un soin jaloux la crasse intellectuelle et la crasse corporelle. La propreté était une pratique dangereuse, une vanité coupable, un péché. La règle de saint Benoît interdisait aux moines — qui cependant ne portaient pas encore de chemises — de se baigner plus de deux fois l'an, à Noël et à Pâques; trois serviettes pendues au mur du cloître devaient suffire à toute la communauté de Cluni, et, par respect pour la hiérarchie, l'une était destinée aux novices, l'autre au profès, la troisième aux frères lais; les Bénédictins plus heureux avaient, paraît-il, chacun leur peigne. Qu'on s'étonne donc après cela que Labre ait été canonisé! C'est à peine, du reste, si, du temps de Louis XIV, on consentait à se débarbouiller, et tout le monde sait que le Vert-Galant « puoit comme une charogne ». L'usage quotidien d'abondantes ablutions telles que nous les pratiquons aujourd'hui, eût certainement paru alors une singularité. Le plus souvent, les gens soigneux se bornaient à promener le matin sur leur visage un petit tampon de coton trempé dans de l'alcool et aromatisé. Quant aux perruques que portaient les dames de la Cour, quoi de plus anti-hygiénique? Ces pyramides gonflées de crin, bourrées de coussins, chargées de poudre, baignées de pommade, maintenues par une forêt d'épingles dont la pointe atteignait la peau, devenaient l'origine d'une foule de malaises, en même temps que la vermine qui élisait domicile dans la poudre causait aux malheureuses victimes de la coquetterie d'insupportables démangeaisons. Aussi, la civilité permet-elle de se frapper doucement la tête avec un doigt pour calmer le prurit qu'occasionnaient les indiscrètes bestioles. Puis, on inventa en faveur de ces martyres volontaires, le *grattoir*, longue tige terminée par un crochet d'ivoire, d'argent ou d'or, secours bien doux, mais impuissant contre « la crasse infecte qui se formait sous les brillants diadèmes. » M. Franklin, s'aidant de documents fort curieux, la plupart inédits, passe ainsi en revue les soins donnés aux diverses parties du corps dans la période qui s'étend du XIIe au XVIIIe siècle, traçant, chemin faisant, l'historique des diverses corporations plus spécialement chargées de tel ou tel soin.

En résumé, livre très intéressant à consulter pour le médecin et le chirurgien, et d'où l'on pourrait tirer la conclusion suivante, ratifiée par la réalité des faits : que le développement de l'hygiène rationnelle suit pas à pas la disparition des pratiques surannées qui touchent presque toujours à la superstition.

II. La brochure de M. Gallet, le sympathique directeur de Lariboisière, est extrêmement intéressante. Elle dit beaucoup en peu de mots, ce qui, à notre avis, est le comble de la perfection pour un livre de ce genre. Son style clair net et précis nous ont fait souvenir qu'à côté de l'administrateur il existait un littérateur dont l'éloge n'était plus à faire.

Dès le début, M. Gallet nous donne les raisons qui l'ont déterminé à dire — nous devons lui en savoir gré — pourquoi tout n'était pas pour le mieux dans la meilleure des administrations dont il fait partie. L'année 1886, nous apprend-il, considérée au point de vue nosologique, a été pour Paris une année heureuse. Aucune épidémie, aucune maladie dominante, telle est la notion qui ressort du résumé des bulletins publiés par le service de la statistique de la ville. Et pourtant, l'année 1886, normale pour la ville, a été anormale pour les hôpitaux : pour l'hôpital Lariboisière, en particulier, elle a été exceptionnelle. En 1886, il a assisté 11.290 malades, chiffre qui n'avait jamais été atteint depuis 1854, date de son inauguration. Notons en passant, et sans commentaires, que, dans ce nombre, ne se trouvent pas moins de 450 Allemands, les plus nombreux de tous les étrangers assistés par l'hôpital.

Que fût-il donc advenu si une épidémie avait sévi, se demande avec douleur M. Gallet. Comment s'opposer à cet encombrement qui rend inapplicables les lois de l'hygiène hospitalière la plus élémentaire? Viennent alors les réponses formulées dans des chapitres courts, précis, dont il faut méditer tous les termes car ils sont marqués au coin de la connaissance la plus judicieuse et la plus approfondie de l'assistance des pauvres à Paris. Aussi, ne chercherons-nous pas à analyser cette brochure si documentaire dont la lecture s'impose à tous ceux qui, de près ou de loin, s'intéressent à ces importantes questions. En un point, cependant, ne partageons nous pas l'opinion de M. Gallet. Parlant des convalescents et des débiles qui encombrent les salles par le seul fait qu'on ne saurait se passer de leurs services vu l'insuffisance du personnel, l'auteur nous donne, suivant lui, la raison qui porte en outre les médecins et les chirurgiens à souffrir « la présence de ces parasites, ou, si l'on veut, de ces auxiliaires. Ils ne peuvent voir, à leur visite quotidienne, qu'un nombre déterminé de malades, ou, pour mieux dire, ils ne peuvent en voir attentivement qu'un certain nombre. Il en résulte que, redoutant de s'encombrer de cas graves qu'ils n'auraient pas le temps de soigner convenablement, bien que la plupart consacrent à leurs devoirs hospitaliers une séance quotidienne de deux, trois et même de quatre heures, ils sont amenés à maintenir dans leur salle [illegible] des cas insignifiants dont, à l'occasion, ils utilisent les forces au service des autres malades. » Eh bien, M. Gallet nous permettra de lui dire que, pour cette fois, il a été mal servi par ses renseignements. Cette situation existe sans doute dans certains hôpitaux; mais non dans tous. Elle tient à un vice d'administration.

En dehors de ce petit point tout spécial, nous le répétons, nous n'avons que des éloges à décerner à cette brochure substantielle digne en tout d'être lue par l'administrateur et le médecin qui, tous les deux, y trouveront ample moisson.

III. Le livre de M. Dupouy : *la Prostitution dans l'Antiquité*, se prête, on le comprend, fort mal à l'analyse, l'auteur lui donne, comme sous-titre : *Etude d'hygiène sociale* et entreprend de nous faire passer sous les yeux « des tableaux qui sont à la morale ce que l'anatomie pathologique est à la médecine. » Fort bien, mais croit-il, par exemple que le but moralisateur qu'il a visé sera atteint? Les moralistes prescriraient-ils aux débauchés qui les viendraient consulter — si telle était la coutume — la lecture du livre de M. Dupouy, à l'instar du médecin qui [illegible] son ordonnance. Il nous sera au moins permis d'en douter.

Ce que nous constatons toutefois, c'est qu'à l'instar de [illegible] « Mœurs et mœurs de l'ancienne Rome » dont l'influence se fait souvent sentir, le livre est bien agencé,

écrit fort allégrement et de lecture très courante. Les matériaux employés sont nombreux, ce qui fait peut-être que l'indication précise des sources est quelquefois un peu négligée. Si, de plus, M. Dupouy désire compléter son premier chapitre quelque peu écourté, « la Prostitution dans l'Inde » nous l'engageons fort à lire les « Kama Sutra de Vatsyayana » manuel d'érotologie hindoue rédigé en sanscrit vers le 5e siècle de notre ère, dont Liseux a donné une traduction (1885) sur la première version anglaise faite à Bénarès en 1883.

Les considérations qui suivent ce premier chapitre résument l'idée générale qui se dégage du livre : à ce titre nous ne pouvons les laisser passer sous silence. Après avoir montré que les prêtres furent et sont encore dans l'Inde les promoteurs et les exploiteurs de la prostitution, M. Dupouy ajoute : « Nous allons retrouver ces mêmes prêtres dans d'autres contrées, poussant encore les créatures humaines dans le cercle infernal des monstruosités sensuelles, les abêtissant avec leurs fables mensongères, débauchant les hommes, déflorant les vierges, vivant de prostitution et de corruption, élevant des temples à leurs licencieuses idoles, pontifiant en leur honneur, et réclamant en leur nom l'or utile à leur faste, l'obéissance nécessaire à leur orgueil, et les femmes indispensables à leur lubricité. » Heureusement pour M. Dupouy que les foudres de l'Eglise ne partent plus !

IV. Nous ne dirons que peu de mots de cette brochure que consulteront surtout ceux qu'intéressent les maladies contagieuses et leur prophylaxie. Tenu les 22, 23 et 24 mars 1886, le Congrès médico-régional de la Navarre a été consacré exclusivement à l'étude du choléra. On y a lmit l'origine asiatique de ce fléau, sa propagation par les eaux et peut-être par l'air, le tout suivi de considérations prophylactiques. La brochure se termine par une compilation scientifico-médicale dans laquelle se trouvent analysés les documents — dont plusieurs de grande importance — communiqués au Congrès par les médecins des diverses régions de l'Espagne si éprouvées par l'épidémie cholérique.

V. Bon résumé de la vie de Vulpian que l'auteur n'hésite pas à qualifier, avec raison, l'une des gloires les plus pures et les plus grandes de notre siècle. On y trouvera en outre une bibliographie assez complète des travaux de l'illustre et regretté professeur. GILLES DE LA TOURETTE.

VARIA

Académie de médecine.

1° PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1888 (1). — *Prix de l'Académie* : 1.000 fr. Question : *Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées.* — *Prix Amussat* : 900 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — *Prix Barbier* : 2.000 fr. — *Prix Henri Buignet* : 1,500 fr. — *Prix Capuron* : 1.000 fr. Question : *Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du [illegible] chronique.* — *Prix Civrieux* : 800 fr. Question : *Des hallucinations [illegible].* — *Prix Daudet* : 1.000 fr. Question : *Des gommes syphilitiques.* — *Prix Desportes* : 1,300 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — *Prix Falret* : 1.500 fr. Question : *Des rapports [illegible].* — *Prix [illegible]* : 1.000 fr. [illegible] la pathologie interne. — *Prix de l'hygiène de l'enfance* : 1.000 fr. Question : *[illegible].* — *Prix Itard* : 2.700 fr. Ce prix qui est triennal sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. — *Prix Laval* : 1.000 fr. — *Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère (Drôme)* : 2.600 fr. A l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies de l'oreille. — *Prix Auguste Monbinne* : 1,500 fr. — *Prix Orfila* : 4.000 fr. Question : *Du venin de la vipère.* D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique. » — *Prix Oulmont* : 1,000 fr. Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat — *Prix Portal* : 600 fr. Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.* — *Prix Pourat* : 900 fr. Question : *Physiologie du muscle cardiaque.* — *Prix Saint-Léger* : 1.500 fr. — *Prix Saint-Paul* : 25,000 fr. — *Prix Stanski* : 1,800 fr. — *Prix Vernois* : 800 fr. Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

2° PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1889. — *Prix de l'Académie* : 1.000 fr. Question : *Physiologie du nerf pneumogastrique.* — *Prix Barbier* : 2,000 fr. — *Prix Henri Buignet* : 1,500 fr. — *Prix Capuron* : 1,000 fr. Question : *Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne.* — *Prix Civrieux* : 800 fr. Question : *Des troubles de la sensibilité dans le tabes.* — *Prix Daudet* : 1,000 fr. Question : *Des néoplasmes congénitaux.* — *Prix Desportes* : 1,300 fr. Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — *Concours Vulfranc Gerdy.* : Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours, ouvert chaque année devant l'Académie de médecine. L'Académie met au concours trois places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1889. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1890. Une somme de 1,500 fr. sera attribuée à chaque candidat. — *Prix Godard* : 1.000 fr. Ce prix sera decerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. — *Prix Huguier* : 3,000 fr. Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit, (ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé. — *Prix Laval* : 1.000 fr. Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine. — *Prix Louis* : 4,000 fr. Question : *Des médications antithermiques.* — *Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère (Drôme)* : 2,600 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux. — *Prix Auguste Monbinne* : 1,500 fr. — *Prix Oulmont* : 1.000 fr. Ce prix sera donné à l'élève en médecine qui aura obtenu le 1er prix (méd. d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. — *Prix Portal* : 600 fr. Question : *De l'anatomie et de la physiologie pathologique des capsules surrénales.* — *Prix Pourat* : 900 fr. Question : *Déterminer expérimentalement les mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.* — *Prix Vernois* : 700 f. Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail d'hygiène.

3° PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1890. — *Prix de l'Académie* : 1.000 fr. Question : *Des pelades.* — *Prix Amussat* : 800 fr. — *Prix Barbier* : 2.000 fr. — *Prix Henri Buignet* : 1.500 fr. — *Prix Capuron* : 1.000 fr. Question : *De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.* — *Prix Civrieux* : 800 fr. Question : *Des névrites.* — *Prix Daudet* : 1.000 fr. Question : *De la leucocythémie.* — *Prix Desportes* : 1.300 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — *Prix Falret* : 1 000 fr. Question : *Des folies diathésiques.* — *Prix Ernest Godard* : 1.000 fr. Au meilleur travail sur la pathologie interne. — *Prix Herpin (de Metz)* : 1 200 fr. Question : *Traitement abortif de l'anthrax.* — *Prix Laval* : 1.000 fr. Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine. — *Prix Lefèvre* : 1 800 francs. Question : *De la mélancolie.* — *Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère* (Drôme) : 2.600 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille. — *Prix Auguste Monbinne* : 1.500 fr. — *Prix Oulmont* : 1.000 fr. Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. — *Prix Perron* : 3.800 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui

(1) Par suite de la conversion du 4 1/2 en 3 0/0, les prix suivants se trouvent réduits :

Itard	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Civrieux	—	1.000	[illegible] —
D'Argenteuil	—	1.500	[illegible]
Amussat	—	500	[illegible]

paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine. — *Prix Portal*: 600 fr. Question: *Du mal perforant*. — *Prix Pourat*: 900 fr. Question: *Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires*. — *Prix Stansky*: 1.800 fr. — *Prix Vernois*: 700 fr. Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 26. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Rémy, Chauffard ; — (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Reynier. Villejean. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Delens, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Ollivier, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Budin, Reclus ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Déjérine.

MARDI 27. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Bouchard, Raymond, Brun ; — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Fernet, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Polaillon, Schwartz ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Troisier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Panas, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Richet, Bouilly, Peyrot ; — (2e partie) : MM. Cornil, Proust, Quinquaud.

MERCREDI 28. — (Epreuve pratique). Dissect : MM. Guyon, Kirmisson, Poirier. 2e *de Doctorat* (1e partie) (1re *Série*) : MM. Ollivier, Rémy, Reynier ; — (2e *Série*) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, A. Robin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Trélat, Segond, Ribemont-Dessaignes ; — (2e *Série*) : MM. Delens, Budin, Jalaguier ; — (2e partie). MM. Potain, Damaschino, Joffroy.

NÉCROLOGIE.

Ach. FOVILLE.

M. le Dr Achille FOVILLE ou de Foville, fils du savant auteur du *Traité complet de l'Anatomie et de la Pathologie du système nerveux*, né à Rouen en 1830, vient de mourir à Paris. Il était inspecteur général des établissements de bienfaisance, secrétaire général de l'Association des médecins de France, etc.

M. Foville a été reçu interne en 1853. Il a passé sa thèse en 1857 (*Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*). Parmi ses publications nous citerons: *Etude comparative sur les législations étrangères en ce qui concerne les aliénés traités à domicile* (1884) ; — *Les médecins dans les drames de Scheaspeare* (1885) ; — *Dispensaires pour enfants malades* (1881) ; — Différents articles dans le *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*: *Paralysie générale* ; *Nymphomanie* ; *Lypémanie* ; *Manie* ; *Hypochondrie* : *Idiotie* ; *Imbécillité* ; *Folie* ; *Folie instinctive* ; *Folie des actes* ; *Délire* ; *Démence* ; *Dipsomanie* ; *Convulsions* ; *Convulsions de l'enfance* ; *Manie congestive* (1880) ; — *Manie avec prédominance du délire des grandeurs chez un ancien hémiplégique* (1880) ; — *Mégalomanie terminée par la démence avec délire généralisé* (1880) ; — *Délire aigu paralytique* (1882) ; — *Contributions à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale* (1879) ; — *Symptômes passagers de paralysie générale chez un épileptique* (1879) ; — *Des relations entre les troubles de la motilité dans la paralysie générale et les lésions de la couche corticale des circonvolutions fronto-pariétales* (1877) ; — *Les aliénés voyageurs ou migrateurs* (1875) ; — *De la paralysie générale par propagation* (1873) ; — *Moyens pratiques de combattre l'ivrognerie* (1872) ; — *Nomenclature et classification des maladies mentales* (1872) ; — *Historique du délire des grandeurs* (1870) ; — *Aliénés* ; *Etude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont propres* (1870), etc., etc. — M. Foville était un des principaux collaborateurs des *Annales médico-psychologiques*, dont il était un des rédacteurs en chef depuis 1881.

FORMULES

XVI. Métrorrhagies (PETRESCU).

XVI. M. le Dr Petrescu (de Bucharest) recommande le vin de Bryone dans les métrorrhagies, et le donne comme de beaucoup supérieur à l'ergotine. Voici sa formule :

Vin blanc	1 litre.
Racine de Bryona dioica	20 gr.

Faire macérer s. a. huit jours et filtrer. Une grande cuillerée à bouche toutes les heures jusqu'à arrêt des hémorrhagies (idiopathiques ou symptomatiques).

XVII. Injection désinfectante (HAMON).

XVII.	Acide salicylique	āā 2 grammes.
	Acide thymique	
	Essence d'ambre	XX gouttes.
	Essence de Verveine	XXX —
	Alcool à 90°	25 grammes.
	Eau de Cologne	50 —
	Eau distillée	300 —

Mêlez. — Une cuillerée à soupe de cette solution pour un litre d'eau, qu'on emploiera sous forme d'injections utéro-vaginales, répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, afin de faire cesser la fétidité des lochies. (*Gaz. de Gyn.*).

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Manches articulés pour bistouris.

M. le Dr HORTELOUP a présenté à la Société de chirurgie, au nom de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, deux systèmes de manches articulés : un simple, un démontant, offrant un perfectionnement très réel sur les manches actuels des instruments de trousse (bistouris, aiguilles, etc.), qu'il n'est pas possible de nettoyer convenablement. Ces deux nouveaux manches (*fig.* 21) présentent, sur les précédents, les avantages suivants :

1° Nettoyage et désinfection faciles, tant de la lame que de l'intérieur du manche ; 2° Fixation automatique (c'est-à-dire sans accessoires, tels que coulant, ressort) et absolue de la lame, ouverte ou fermée.

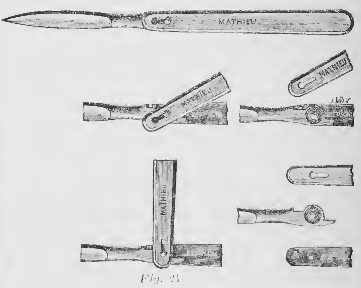


Fig. 21

Le manche articulé simple est formé de deux parties, de préférence métalliques (pour en permettre l'immersion sans inconvénient dans un liquide antiseptique quelconque). Pour ouvrir ou fermer l'instrument, il suffit d'écarter les deux côtés du manche en introduisant l'ongle du pouce dans un onglet pratiqué à l'extrémité du manche ; on fait exécuter à l'une des cotes une révolution complète de gauche à droite pour ouvrir, et de droite à gauche pour fermer, le manche et la lame se trouvent fixés en faisant entrer le téton d'une des cotés dans l'entre-deux de l'autre.

Le manche articulé démontant est le même que le précédent, mais il permet de séparer complètement l'une de l'autre, les deux cotes du manche et la lame, que l'on peut ainsi nettoyer avec le plus grand soin, même à l'endroit de l'articulation. Le coté du manche portant l'entre-deux porte aussi un pivot en acier formant articulation à la lame : le talon de la lame étant entré sur ce pivot et la lame placée droite dans l'axe même du manche on complète l'instrument par la seconde partie du manche. Celle-ci est pourvue, à l'endroit de l'articulation, d'une entaille, en forme de boutonnière ou trou de serrure, on engage le pivot dans la partie la plus large de la boutonnière, et on pousse cette partie à angle droit sur la lame avec la main droite, de manière à ce qu'elle entre dans la rainure du tourillon.

Sur ce même manche M. Mathieu a monté une aiguille de Reverdin à laquelle il a fait subir une petite modification dans le système de fermeture du chas, qui rend le nettoyage, le montage et le démontage très faciles.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 11 décembre 1887 au samedi 17 décembre 1887, les naissances ont été au nombre de 1220, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 462 ; illégitimes, 159. Total, 621. — *Sexe féminin* : légitimes, 452 ; illégitimes, 147. Total, 599

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 décemb. 1887 au samedi 17 décembre. 1887, les décès ont été au nombre de 954, savoir : 518 hommes et 436 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 28, F. 21. T. 49. — Variole : M. 5, F. 0. T. 5. — Rougeole : M. 7, F. 6. T. 13. — Scarlatine : M. 3, F. 3, T. 6. — Coqueluche : M. 1, F. 4. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 15, F. 18, T. 33. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 57. T. 161. — Autres tuberculoses : M. 9. F. 9. T. 18.—Tumeurs bénignes : M. 2, F. 8. T. 10.— Tumeurs malignes : M. 13, F. 33. T. 46. — Méningite simple : M. 12, F. 12. T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 33, F. 25. T. 58. — Paralysie : M. 4, F. 2 T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4 T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 30. T. 58. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 12 T. 28. — Bronchite chronique : M. 16, F. 14. T. 30. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 12. T. 31. — Pneumonie M. 23, F. 23. T. 46. — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 12. T. 22.—Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 5. T. 14. —Autres gastro-entérite : M. 4, F. 1. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 2, F. 5. T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 11, F. 11, T. 22. — Sénilité : M. 6, F. 17. T. 23. — Suicides : M. 11, F. 5 T. 16.—Autres morts violentes : M. 14. F. 0. T. 14. — Autres causes de mort : M. 106 F. 80. T. 186. — Causes restées inconnues : M. 3. F. 6. T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27, illégitimes, 14. Total : 41. — *Sexe féminin* : légitimes, 17 ; illégitimes, 8. Total : 25.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. L. PETIT soutiendra, le 23 décembre 1887, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : *Le pétiole des dicotylédones au point de vue de l'anatomie comparée et de la taxinomie*. — M. LE ROUX soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 20 décembre 1887, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : *Recherches sur le système nerveux des Poissons*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Concours*. — Le jury du Concours du prix Barbier a décidé de décerner un prix de douze cents francs à M. MERGIER, préparateur du cours de physique à ladite Faculté, pour un photomètre destiné à la mesure des constantes optiques, des objectifs et des oculaires du microscope, ainsi que du microscope lui-même, considéré dans son ensemble. — Un encouragement de trois cents francs est accordé à M. le docteur CROUZAT, préparateur du cours d'accouchements de la Faculté, pour un nouveau forceps. — Le reliquat du prix Barbier (500 francs) est attribué à la Bibliothèque de la Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. CHAVASTELON, licencié ès sciences naturelles et ès sciences physiques, est chargé des fonctions de préparateur de physique à ladite Faculté, pendant la durée du congé accordé à M. Painchenat.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. DENIGÈS, docteur en médecine, est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions d'agrégé de chimie près ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. GOSSART, professeur agrégé au lycée de Caen, est chargé, en outre, de faire trois conférences de chimie par semaine à ladite Faculté, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. COPPENS est maintenu pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale à ladite Faculté. — M. LEPAGE, bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Wallez, démissionnaire. — M. TAVERNIER, aide de clinique des maladies syphilitiques à ladite Faculté, est délégué, en outre, jusqu'au 31 octobre 1888, dans les fonctions d'aide préparateur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Coquard, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — M. LAGACHE (H.), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie industrielle à ladite Faculté, en remplacement de M. Cannissié, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. BOTTARD, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Sicard, démissionnaire. — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1887-1888, à M. Chavarron, préparateur de physique à ladite Faculté. — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1887-1888, à M. Martin, préparateur de chimie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. de LANGENHAGEN, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé aide de clinique à ladite Faculté, en remplacement de M. Simon, démissionnaire.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. GUERBET, licencié ès sciences physiques, pharmacien de 1re classe, interne en pharmacie des hôpitaux, est nommé préparateur des travaux pratiques de deuxième année à ladite école, en remplacement de M. Marie, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. CHENEVIER, professeur d'hygiène et thérapeutique à ladite école, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — M. NOURY, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de apthologie et de clinique chirurgicale à ladite école.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. BERNARD, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite école.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira, le 15 juin 1888, à ladite école, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ASILE DE LA SEINE. *Concours de l'Internat en médecine.* — Épreuve orale : à la première séance, les questions que les candidats ont eues à traiter étaient : *Valeur séméiologique de l'hémoptysie ; Signes et diagnostic des luxation de l'épaule.* — Restaient dans l'urne : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; Signes, diagnostic et complication des fractures de côtes. — Signes et diagnostic de l'ascite ; Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.* — Deuxième séance. Les candidats ont à traiter : *Causes et signes du pneumo-thorax ; Fracture de la clavicule.* Il restait dans l'urne : *Signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; Signes et diagnostic des plaies pénétrantes de la poitrine ; — Signes et diagnostic de l'étranglement interne ; Signes et diagnostic des fractures du col du fémur.*

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours de l'Externat.* — Les dernières questions traitées ont été les suivantes : Veines du membre inférieur (1re épreuve). — 2e *Epreuve* : Des lavements ; de l'anthrax ; de la saignée ; signes et diagnostic de la pneumonie lobaire ; des brûlures. — *Concours des Prix de l'Internat* (médaille d'or et bourse de voyage). L'épreuve orale a eu lieu mercredi soir à la Charité. La question posée a été : *De l'hématocèle vaginale.*

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr TAGARD, républicain, a été nommé le 18 décembre conseiller général pour le canton de la Mure (Isère).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Ordre du jour : 1° Election du bureau pour 1888 ; — 2° Rapport sur la candidature de M. Quinemant : M. MARCEL BRIAND ; — 3° Du délire chronique (*suite*) : MM. SAURY et CAMUSET.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le Dr LAFONT, médecin du bureau de bienfaisance du XIIIe arrondissement. Il a, par testament, demandé à être enterré civilement. — M. le Dr KARL LAUGER, professeur ordinaire à l'Université de Vienne. Il fut longtemps professeur de zoologie à Pesth ; depuis 1854, il occupait, à Vienne, la chaire d'anatomie. On lui doit, entre autres travaux, un volumineux traité d'*Anatomie systématique et topographique.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE — 2e SÉRIE. T. VI. N° 53 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 31 DÉCEMBRE 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGIGALE

HÔTEL-DIEU.—M. le Pr PANAS.

Périostite suppurée des parois de l'orbite consécutive à une suppuration du sinus frontal ;

(Leçon recueillie par E. VIGNARD, interne du service.

Messieurs,

Vous venez de voir un homme atteint d'une affection qui intéresse à la fois l'ophthalmologiste et le chirurgien. Il s'agit d'un abcès de la voûte orbitaire développé insidieusement sur le rebord supérieur de cette cavité. Chez notre malade, le diagnostic est relativement aisé, puisque la collection a été antérieurement ouverte, a donné issue à du pus et vous avez pu voir vers la partie moyenne du rebord orbitaire supérieur, l'orifice d'un trajet fistuleux.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et lorsque l'abcès sous-périosté des parois de l'orbite se présente sous l'aspect d'une tumeur dure, non fluctuante et adhérente à l'os, le diagnostic est parfois des plus difficiles et peut donner lieu à des erreurs de la part même des plus grands chirurgiens. Pour ma part, je me rappelle avoir vu dans le service de Velpeau un enfant chez lequel était survenue, à la suite d'un coup de pied de cheval, une tumeur de l'orbite. Une ponction avait été faite et n'avait donné issue qu'à du sang, ce qui avait conduit Velpeau à faire le diagnostic de sarcome. Après un examen approfondi, je portai, contrairement à l'avis du maître, le diagnostic de phlegmon chronique de l'orbite. Quelques semaines plus tard, mon diagnostic fut confirmé par l'ouverture spontanée de la collection profonde d'où il sortit du pus et la guérison s'en est suivie. Et ce n'est pas la seule fois, Messieurs, que des chirurgiens de valeur s'y sont trompés et ont pris un abcès de l'orbite pour une tumeur maligne : qu'il me soit permis de vous citer encore le fait suivant rapporté par Mackenzie.

Le général Radetsky avait reçu un traumatisme de l'orbite. Ce traumatisme, il l'avait oublié lorsqu'il s'aperçut que peu à peu l'œil, lui sortait de l'orbite. Il consulta les plus grands chirurgiens à Vienne, à Milan. Tous furent d'accord pour diagnostiquer une tumeur maligne et proposèrent l'énucléation.

Le général résista et ce fut lui qui eut raison contre les chirurgiens, car cette prétendue tumeur n'était autre qu'un abcès chronique de l'orbite d'origine traumatique.

Les causes de ces abcès de l'orbite sont nombreuses : il y a d'abord le traumatisme dont je viens de vous citer deux exemples. La tuberculose osseuse, surtout chez les jeunes sujets, se localise assez fréquemment aux parois de l'orbite ou à son pourtour, et vous avez sans doute souvent observé un peu en dehors de l'orbite, sur la pommette, de ces cicatrices difformes adhérentes qui sont le vestige d'anciens abcès osseux d'origine bacillaire. La syphilis tertiaire est aussi à incriminer dans l'étiologie de ces abcès orbitaires, mais le cas est rare ; il s'agit alors du ramollissement d'une ostéo-périostite gommeuse, de ce que Mackenzie a décrit sous le nom de périostosis du bord supérieur de l'orbite. Enfin, vous verrez survenir cette affection chez des individus indemnes de tuberculose, de syphilis, mais qui ont un mauvais état général. Toutes ces causes des abcès de l'orbite, traumatismes, tuberculoses, syphilis, sont bien connues, mais il est un autre ordre de causes laissé peut-être un peu dans l'ombre et sur lequel je désire appeler toute votre attention. Je veux parler de l'inflammation des cavités voisines de l'orbite, inflammation qui, à un moment donné, peut retentir sur l'orbite et déterminer des périostites suppurées de voisinage.

A peine ai-je besoin de vous rappeler le nom et les rapports de ces cavités: fosses nasales en dedans, sinus maxillaire en bas, sinus frontal en haut. Seule la paroi externe n'est en rapport avec aucune des cavités de la face, aussi un abcès développé sur cette paroi ou encore sur le tiers externe du rebord de l'orbite pourra être considéré comme développé sur place. Il n'en sera pas de même des parois supérieure, interne ou inférieure.

Supposez une inflammation du sinus maxillaire, que cette inflammation soit consécutive à une périostite alvéolo-dentaire ou à un coryza chronique. La muqueuse du sinus suppure, s'ulcère, la lamelle osseuse qu'elle double à la paroi supérieure du sinus et qui n'est autre que le plancher de l'orbite s'enflamme à son tour et bientôt vous aurez un abcès sous-périosté faisant saillie dans la cavité de l'orbite. Vous savez tous que le sinus frontal communique par l'intermédiaire d'un canal, sorte d'entonnoir appelé infundibulum avec le méat moyen des fosses nasales — et qu'il y a continuité entre la muqueuse pituitaire et celle qui tapisse le sinus. — Une inflammation chronique de la première se propagera avec la plus grande facilité à la seconde, et l'inflammation du sinus retentira à son tour sur la cavité voisine, l'orbite.

Eh bien ! messieurs, maintenant que nous avons passé en revue toutes les causes des périostites suppurées de l'orbite, quelle est celle que nous devons invoquer chez notre malade. Est-ce la tuberculose, la syphilis ? Rien dans ses antécédents ne nous permet de l'affirmer. Peut être pourrions-nous invoquer chez lui un mauvais état général ; cet homme a, en effet, le teint jaune terreux. Il a eu des coliques de plomb. Mais examinez-le d'un peu plus près et vous allez être frappé de deux choses : d'abord, l'odeur insupportable qui s'exhale de ses narines ; sa muqueuse pituitaire, du côté malade, est rouge, tuméfiée et ulcérée, et le malade nous raconte qu'il rend, le matin, des croûtes, lesquelles, selon son expression, sentent le cadavre.

Voilà un premier point. Regardez maintenant l'arcade orbitaire, où existe l'orifice fistuleux. Elle est le siège d'une tuméfaction considérable tant au-dessus qu'au-dessous du sourcil et surtout marquée et large du côté interne ; en d'autres termes, cette tuméfaction reproduit à peu près la forme et les limites du sinus frontal. La cause est maintenant trouvée. Notre malade a eu d'abord un coryza ulcéreux chronique, à la suite une suppuration du sinus frontal et, par voisinage, une périostite orbitaire. Tel est le diagnostic exact.

Quel traitement devons-nous lui faire subir? D'abord débrider largement jusqu'à l'os, donner issue au pus renfermé dans le sinus, soit en agrandissant l'ouverture qui déjà peut-être existe dans sa paroi, soit en créant un orifice à l'aide de la tréphine; un drain sera placé dans la cavité du sinus et permettra d'y faire des lavages antiseptiques. En outre, il ne faut pas oublier de traiter la cause première de tout le mal. Je veux parler du coryza chronique ozéneux. Contre celui-ci, nous emploierons l'irrigation répétée plusieurs fois par jour avec de l'eau boriquée ou encore de l'eau bouillie aromatisée avec un peu d'alcoolature d'eucalyptus.

Séance tenante, le malade fut endormi. Une sonde cannelée, introduite dans le trajet fistuleux et dirigée en haut et en dedans, arriva sur l'os desséché, friable, et pénétra même dans la cavité du sinus. Une incision fut faite sur la sonde et on vit aussitôt s'écouler du pus en abondance de la cavité du sinus.

L'ouverture osseuse fut alors agrandie et un drain placé dans la cavité. Un pansement antiseptique de Lister fut appliqué sur la région. Les jours suivants, on fit des lavages du sinus à l'eau boriquée, des injections nasales avec de l'eau bouillie. Un tampon iodoformé fut placé dans la narine correspondante, en vue de modifier l'état ozéneux du nez. La suppuration a rapidement diminué. Aujourd'hui, septième jour après l'opération, elle est, pour ainsi dire, nulle et la tuméfaction du rebord orbitaire a presque disparu.

OBSTÉTRIQUE

Note sur une tumeur du cordon ombilical;

Par P. BUDIN.

Les tumeurs du cordon ombilical sont extrêmement rares, rares à ce point que les traités classiques d'accouchement n'y font même pas allusion. L'accumulation de la gélatine de Wharton en un point limité, l'enroulement, l'entortillement d'un ou de plusieurs vaisseaux sur la périphérie de la tige funiculaire ne peuvent, en effet, être considérés comme formant de véritables tumeurs du cordon. Dans les recherches bibliographiques que nous avons faites sur ce sujet, nous n'avons encore trouvé qu'une seule observation publiée par M. Seuvre en 1874. « Notre attention, écrit-il, se fixe sur l'examen d'un kyste contenant un liquide d'un jaune rougeâtre situé dans l'épaisseur même du cordon.... Le kyste situé sur le trajet du cordon, à 8 centimètres de l'ombilic, était du volume d'un œuf de poule et modérément distendu par 30 grammes environ d'un liquide jaunâtre, légèrement trouble et visqueux. La pression ne fait pas déplacer le liquide, preuve nouvelle de la non permanence d'un trajet à travers le cordon. La veine ombilicale traverse la cavité kystique: flexueuse à ce niveau, elle est entourée d'une matière glutineuse, colloïde, jaunâtre (sorte de gélatine de Wharton liquéfiée). »

Etant donnée l'excessive rareté des faits de ce genre, nous croyons qu'il y a quelque intérêt à publier la description d'une tumeur du cordon que M. le Dr Hautraye (d'Avranches) nous a fait parvenir pour l'examiner. Voici d'abord quelques renseignements qui nous ont été fournis par notre confrère.

Cette pièce a été recueillie chez une femme qui accouchait pour la quatrième fois. Les trois premières grossesses avaient été absolument normales. Pendant la dernière, la malade avait noté, à partir du quatrième mois, une pesanteur très grande dans le bas-ventre, pesanteur qui s'accompagnait d'une douleur très vive dans le côté gauche, avec des irradiations dans la cuisse et la jambe du même côté; pendant les quatre derniers mois, la marche était devenue presque impossible. Ajoutons qu'au sixième mois de la gestation, la malade avait éprouvé un très violent chagrin; son fils aîné, après vingt jours de maladie, avait succombé à une méningite tuberculeuse. L'accouchement ne présenta rien de particulier; il eut lieu après 2 heures 1/2 de travail environ. L'enfant se présentait par le sommet, en position O. I. G. A. C'était une grosse fille, bien constituée, qui naquit un peu cyanosée.

La tumeur siégeait sur le cordon, à 20 centimètres environ de l'ombilic; elle avait le volume d'un « très gros poing d'adulte ». Sa surface était lisse, bosselée; sa couleur était d'un jaune sale, verdâtre. Elle contenait une notable quantité de sang: en effet, quand on la mit dans une cuvette après avoir sectionné le cordon, il sortit environ un verre de ce liquide et la masse totale diminua considérablement de volume.

Après la délivrance, qui fut naturelle, M. le Dr Hautraye ouvrit la tumeur avec des ciseaux. Elle présentait trois cavités. La première (*fig.* 23, 1) offrait des anfractuosités; elle contenait, outre quelques caillots, une espèce de bouillie, de couleur chocolat, qui adhérait

Fig. 22. — T, Tumeur du cordon ombilical. — C C C, Cordon ombilical. — V, Veine ombilicale. — a a, Artères ombilicales.

aux parois et ressemblait a du tissu hépatique écrasé.— La seconde (*fig.* 23, 2) renfermait une substance filante et transparente, comme du blanc d'œuf: elle était semblable à celle qui s'écoule de la section d'un cordon volumineux. — Dans la troisième (*fig.* 23, 3) il y avait une substance visqueuse, d'un blanc crémeux, qui tomba en bloc au fond du vase; elle paraissait être de même nature que la couche de matière sébacée qui recouvre parfois le corps de l'enfant au moment de la naissance.

Lorsque nous eumes reçu la pièce qui avait été conservée dans l'alcool, nous l'avons fait dessiner. La *fig.* 22 donne l'aspect que présentait la tumeur du côté où elle n'avait pas été ouverte. Voici les renseignements que nous pouvons ajouter à ceux qui nous ont été donnés par le Dr Hautraye.

Bien que revenue sur elle-même, la tumeur (*fig.* 22, T) mesurait encore 8 centimètres environ dans son diamètre

(1). Seuvre. — *Bulletins de la Société anatomique*. Février 1874, p. 174.

vertical, et 6 centimètres dans son diamètre horizontal. Le cordon ombilical passait le long de son bord supérieur avec lequel il se confondait en grande partie ; il existait cependant un sillon qui établissait nettement la démarcation à l'extérieur.

Dans le cordon il y avait une veine et deux artères (*fig.* 23, V, a, a). Après avoir glissé une sonde, de moyen calibre, dans la cavité de la veine, nous l'avons ouverte sur une partie de son trajet, elle ne communiquait en aucun point avec la poche située au dessous (*fig.* 23, 2). Une sonde très fine fut introduite dans chacune des artères (a a a'), elle suivit aussi le cordon, passant au-dessus de la tumeur et n'offrant aucune communication avec les cavités kystiques sous-jacentes.

La surface interne des deux poches 1 et 2 était lisse, régulière, mais celle de la poche 3 offrait un certain nombre de saillies de forme variable. Il y avait, par exemple, une petite tumeur ovoïde, pédiculée et blan-

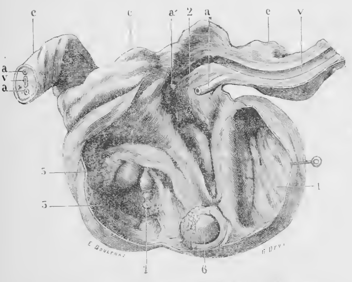


Fig. 23. — CCC, Cordon ombilical. — V, Veine ombilicale. — a a a, Artères ombilicales. — 1, 2, 3, Cavités kystiques. — 4, 5 et 6, Saillies existant sur la paroi d'une des cavités kystiques.

châtre (4, *fig.* 2) au sommet de laquelle étaient appendues deux petites parties arrondies et surajoutées. Au niveau d'un des angles de la poche, se trouvait une masse implantée largement sur la paroi, mais dont la surface convexe offrait, grâce à une série de petits mamelons, une apparence framboisée (5, *fig.* 23). Entre ces deux tumeurs il en existait une troisième sphérique, lisse à sa surface et s'implantant sur la paroi par une base assez large. Enfin, près de la cloison qui séparait la poche 1 de la poche 3, on voyait une sorte d'hémisphère qui, au niveau de son tiers supérieur, avait aussi un aspect framboisé (6, *fig.* 2).

L'examen histologique, que nous avons pratiqué avec notre ami le Dr Malassez, nous a donné les résultats suivants : la paroi d'une des cavités était recouverte d'un épithélium pavimenteux, analogue soit à celui de la peau, soit à celui de la muqueuse buccale. Ce revêtement reposait sur une couche fibreuse ayant l'aspect d'un derme, et au-dessous d'elle se trouvait une couche de tissu adipeux comparable au tissu adipeux sous-cutané. Dans la couche fibreuse il y avait de nombreuses glandes sébacées, des poils et des follicules pileux : quelques-uns de ces follicules très petits ne dépassaient pas la couche fibreuse, d'autres s'enfonçaient jusque dans le tissu adipeux sous-dermique. On avait donc affaire à une cavité kystique de type dermoïde.

L'une des petites tumeurs pédiculées présentait un revêtement épithélial, une couche fibreuse sous-jacente et, à son centre, une masse formée par du tissu adipeux. Elle ressemblait ainsi à certains molluscums cutanés.

Dans une autre cavité, à côté de parties de type dermoïde, il en existait d'autres présentant des villosités qui ressemblaient à celles de l'intestin ; la pièce ayant séjourné longtemps dans l'alcool, la surface était dépouillée d'épithélium ; cependant, en deux points, nous avons pu retrouver, entre les villosités, un revêtement épithélial constitué par une couche de cellules caliciformes.

Dans cette même région et plus profondément, il y avait des glandes tubulées ou acineuses qui avaient également perdu leur épithélium ; on y voyait enfin une grande quantité de fibres musculaires lisses coupées en divers sens.

Dans un autre kyste, la surface épithéliale était constituée par une couche de cellules cylindriques assez volumineuses ; sur quelques-unes d'entre elles, il y avait un plateau et, à ce qu'il semblait, des restes de cils vibratils. Ainsi donc, outre le type dermoïde ou ectodermique, existait le type muquoïde ou endodermique. On pouvait rencontrer les deux types dans une même cavité.

L'altération de la pièce nous a empêché de préciser s'il y avait d'autres variétés de glandes.

Dans les parties les plus épaisses de la tumeur, entre les poches kystiques, nous avons, outre le tissu adipeux et les faisceaux de fibres musculaires lisses, trouvé de gros vaisseaux, des nerfs, des nodules cartilagineux entourés d'une sorte de périchondre et des travées osseuses.

Telle était la constitution anatomique de la tumeur. Comme on le voit, elle ressemblait tout à fait à ces tumeurs kystiques de l'ovaire ou du testicule dont les cavités sont tantot du type dermoïde, tantot du type muquoïde, tantot des deux types à la fois et dont les parties solides sont constituées par les tissus les plus divers. Ces tumeurs complexes peuvent être rangées dans la catégorie des néo-formations dites tératoïdes. Cette condition explique l'aspect différent offert par le contenu de chacune des poches kystiques.

La présence d'une tumeur volumineuse sur le cordon ombilical n'avait nullement troublé le développement du fœtus, elle n'avait apporté aucun obstacle à l'accouchement.

COLLÈGE DE FRANCE. — La chaire de psychologie expérimentale et comparée est déclarée vacante. Un délai d'un mois, à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'instruction publique a tenu vendredi dernier sa deuxième séance au Ministère de l'instruction publique. Il a adopté un projet de décret relatif aux programmes des concours pour les emplois de suppléant de pharmacie et de matière médicale dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie. En vertu de ce décret la leçon de chimie est remplacée par une leçon de matière médicale.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 16 de[illegible] 18[illegible], ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée [illegible] : au grade de médecin-major de 2e classe. — M. [illegible]vaget, médecin de 1re classe de la marine, démissionnaire ; — au grade de médecin aide-major de deuxième classe, MM. les [illegible] Martin, Boffin, B[illegible], [illegible]ard, Lasne, Bichler, [illegible], Marti[illegible], B[illegible], Benoit-Jeannin, Gacon, [illegible]

REVUE CRITIQUE

CARDIOCENTÈSE

Ponction des cavités du cœur et en particulier des cavités droites (*suite*) (1);

Par I. BRUHL, interne des hôpitaux.

IV. *Complications de la Cardiocentèse.*

Nous ne nous arrêterons pas ici sur certaines complications, dont nous avons indiqué la possibilité en discutant le point de la paroi thoracique à ponctionner, telles que blessures de l'artère et de la veine mammaires internes, faciles à éviter en opérant le plus près possible des bords du sternum ou alors à deux centimètres en dehors de ses bords; blessures de l'artère coronaire droite, que l'on n'a guère chance de rencontrer qu'en ponctionnant à travers le 4e espace intercostal droit; lésions des ganglions intra-cardiaques et du centre coordinateur de Kronecker, accidents extrêmement rares, ces organes se trouvant presque toujours derrière le sternum.

Enfin, piqûre de la valvule tricuspide et de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, accident également rare et que l'on peut éviter si on se rappelle que, le plus souvent, ces organes sont recouverts par l'extrémité interne du 4e espace intercostal droit.

On a signalé la possibilité d'une *piqûre de la veine cave.* Cet accident s'est rencontré plusieurs fois lors d'expérimentations sur les animaux; chaque fois elle a été suivie d'une hémorrhagie profuse, ayant entraîné la mort de l'animal.

Nulle part nous n'avons trouvé cette complication signalée chez l'homme. D'ailleurs, « il est certainement plus facile d'éviter la blessure de la veine cave, que celle de l'artère humérale, par exemple, dans la saignée du coude. » De plus, grâce aux données anatomiques, on peut le plus souvent se mettre à l'abri de cet accident. Il est très rare que la veine cave atteigne le 3e espace intercostal droit; c'est surtout par le 2e espace, incapable de conduire un instrument dans le cœur, que la veine cave est accessible. Il n'y a donc pas lieu de se préoccuper de cet accident.

Quant à l'*aorte*, elle est quelquefois plus difficile à éviter; sa situation en avant des oreillettes l'expose tout naturellement à être atteinte. Mais l'aorte présente une paroi très épaisse, comparée à celle de la veine cave. et très résistante; si la pointe de l'aiguille venait heurter l'artère, ce choc contre un corps dur mettra l'opérateur en garde; d'ailleurs, il faudrait exercer une grande violence pour pénétrer dans l'aorte. Pareil accident est arrivé à Dacre (2). Voici le fait qu'il rapporte dans le « *Bristol medico-chirurgical Journal* », 1885, page 189.

Un homme de 40 ans, ayant présenté l'année précédente une bronchite très-suspecte (possibilité d'une tuberculose en voie d'évolution), est amené à l'hôpital avec une congestion pulmonaire intense et des signes d'œdème du poumon. Le malade était pâle, présentait du refroidissement des extrémités; le pouls était petit et rapide; la dyspnée était intense. La poitrine était remplie de gros râles humides. Une aggravation rapide se produisit: le pouls cessa de battre; les veines périphériques n'étaient pas distendues. On se trouvait donc en présence d'un cas remplissant parfaitement les indications de la cardiocentèse. Aussi résolut-on de ponctionner l'oreillette droite afin de dégorger le poumon, en retirant une partie du sang du cœur droit. On enfonça un petit trocart avec sa canule dans le quatrième espace intercostal droit, près du bord droit du sternum. La paroi thoracique fut traversée, et alors on dirigea l'instrument fortement en dedans; on le poussa jusqu'à une profondeur de 4 ou 5 centimètres; on eut alors la sensation d'être dans une cavité. On retira le trocart, le sang coula par la canule. On obtint ainsi 900 grammes de sang. Pendant deux heures, le malade alla mieux; puis, de nouveau, l'état empira. Au bout de quatre heures, on résolut de faire une nouvelle ponction, et on retira encore environ 500 grammes de sang. Le malade mourut une demi-heure après cette seconde intervention.

L'*autopsie* montra que le trocart avait passé immédiatement au-dessus de l'aurieule droite et perforé la face antérieure de l'aorte, à 1 centimètre environ au-dessus des valvules sigmoïdes aortiques.

Le résultat de cette opération a été déplorable. Il est vrai que la quantité considérable de sang qu'on avait retiré a dû contribuer à la mort rapide du malade. D'ailleurs, ce n'est pas en ponctionnant l'aorte qu'on pouvait espérer obtenir ce qu'aurait pu donner une ponction du cœur droit. Cette observation contient en outre un enseignement: l'importance de conserver à l'aiguille une direction absolument antéro-postérieure. Nous avons rapporté plus haut l'observation de Westbrook, qui a heurté également l'aorte sans pénétrer dans sa cavité. Dacre n'a pas insisté sur cette espèce d'*angoisse* qui accompagne la piqûre de l'aorte et que Westbrook a pu observer de la façon la plus nette. En somme, on peut éviter la blessure de l'aorte, en se rappelant que si on ponctionne près du bord droit du sternum, il importe de diriger le trocart directement d'avant en arrière. D'ailleurs, dans ce cas, ce n'est pas la ponction de l'aorte, mais la perte de sang qui a causé la mort.

Nulle part nous n'avons trouvé signalé la *blessure de l'artère pulmonaire,* située à son origine derrière le sternum ou près de son bord gauche; et, en effet, cet accident est facile à éviter. Nous arrivons maintenant à une objection grave que l'on a adressée à la cardiocentèse. Il s'agit de la *déchirure du myocarde.* Or, il est évident qu'une déchirure du myocarde est forcément le point de départ d'un hémopéricarde mortel. Cependant, si on a affaire à un myocarde sain, ne présentant pas les lésions de la dégénérescence graisseuse, ni de la myocardite scléreuse, cette déchirure ne se produit pas. M. Leuf insiste sur ce point et pose en principe que toute dégénérescence du myocarde est une contre-indication à l'opération. A l'état physiologique, l'élasticité du myocarde est une garantie suffisante de l'occlusion de la plaie. A l'appui de ce fait, il rappelle l'observation de Westbrook, où il n'y eut pas déchirure. D'ailleurs, dans le mémoire de Steiner, certaines précautions sont recommandées, qui doivent mettre à l'abri de la déchirure: l'aiguille doit être longue et ne doit pas être maintenue trop solidement, de façon à ce qu'elle puisse suivre les mouvements qui lui sont communiqués par le cœur. Il est évident que si on se trouve en présence d'un cœur altéré, l'intervention peut être cause de la déchirure, mais il n'est pas inutile de rappeler qu'on a pu quelquefois constater des ruptures spontanées du cœur dans les dégénérescences du myocarde.

En dehors de cette déchirure du myocarde, dont nous venons de nous occuper, il peut arriver une déchirure de la paroi postérieure de la cavité ponctionnée. Cette déchirure musculaire est le plus souvent assez étendue, et peut même amener la mort immédiate. Comme nous avons dit que la profondeur des cavités cardiaques était très variable, les données anatomiques sont insuffisantes pour mettre à l'abri de cet accident. C'est donc à l'ins-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 49, 50, 51 et 52.
(2) *Bristol medico-chirurgical Journal* (1885, p. 189).

trument qu'on s'est adressé. Il vaut mieux se servir d'une canule et d'un trocart que de l'aiguille tubulée, dont la pointe pourrait, sinon d'emblée, du moins dans le cours de l'opération, léser la paroi musculaire opposée. On a proposé de modifier le trocart de façon à supprimer la pointe ; mais on s'exposerait ainsi à dissocier les fibres du myocarde sur une plus grande surface, si la pointe était remplacée par une extrémité mousse. D'ailleurs, une ponction faite à une profondeur de 4 à 5 centimètres suffit pour pénétrer dans les cavités cardiaques ; en ne dépassant pas cette profondeur, on a des chances de ne pas intéresser la paroi postérieure du cœur.

Une dernière complication, qui a amené de grandes discussions, est l'*hémopéricarde*. Voici, à ce sujet, ce que nous apprend l'expérimentation. Pendant que l'aiguille est dans le ventricule, il n'y a pas d'hémorrhagie ; au moment de la retirer, il suinte quelques gouttes de sang, surtout pendant la systole.

Steiner a observé que la ponction des oreillettes était plus dangereuse, parce qu'elle déterminait une hémorrhagie assez intense, persistante et, se faisant d'une façon continue pendant la systole et la diastole. Ce qui est peut-être vrai chez les animaux, ne l'est pas d'une façon absolue chez l'homme. Westbrook, en effet, ponctionna l'oreillette et ne constata qu'un léger hémopéricarde. Nous laissons de côté ici l'hémopéricarde produit par des lésions vasculaires, l'ouverture de l'artère coronaire, par exemple.

Certains adversaires de la cardiocentèse admettent que l'hémopéricarde est fatal. De ce nombre est M. Cheesmann(1), qui rapporte une observation personnelle dans le *New-York medical Record* du 14 novembre 1885.

Une femme, âgée de 50 ans, entra à l'hôpital pour une dyspnée intense ; à l'examen, on constata l'existence d'un épanchement pleural double. Plusieurs thoracentèses furent pratiquées. La malade fut soulagée. Un examen ultérieur et plus complet montra qu'on était en présence d'une brightique. Elle était à l'hôpital depuis un mois quand elle tomba dans le collapsus ; le pouls était petit, misérable ; mais les deux plèvres étaient vidées. La matité précordiale était très augmentée ; les battements de la pointe du cœur étaient imperceptibles : on se crut en présence d'une péricardite avec épanchement. On se contenta de faire une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. Elle se remplit de sang. En retirant la seringue, on sentit que l'aiguille était manifestement entraînée par le cœur qui se contractait. Cependant, l'état de la malade ne s'aggrava pas. Elle ne mourut que six heures après la ponction.

A l'*autopsie*, on trouva la cavité péricardique remplie de caillots sanguins. Le cœur était très hypertrophié, et, en un point, entre les colonnes charnues, la paroi du ventricule droit était très mince ; à ce niveau, la paroi présentait une déchirure de 6 à 8 millimètres de long, établissant une communication entre la cavité ventriculaire et le péricarde.

Cheesmann se croit en droit de conclure que l'hémopéricarde est une conséquence fatale de la ponction du cœur, et, dans ces conditions, il se demande s'il n'est pas hasardé de faire la cardiocentèse. M. Leuf répond que l'hémopéricarde n'est pas fatal ; sur un cœur sain, la piqûre n'amène aucune déchirure, parce que les parois sont élastiques ; et, effectivement, dans certaines observations, cette déchirure n'a pas été observée. D'ailleurs, Cheesmann se fonde sur une observation mal choisie pour juger la cardiocentèse.

En effet, il ne faut pas ponctionner un cœur gras, qui a perdu son élasticité ; dans le cas particulier, la ponction a porté par hasard sur un point extraordinairement aminci de la paroi ; de plus, l'aiguille employée a été trop courte pour pénétrer dans la cavité du cœur ; par conséquent, on courait grand risque de déchirer le muscle. D'ailleurs, il importe de distinguer l'hémopéricarde peu abondant de celui qui est très abondant. D'après les expériences de Steiner, d'après la plupart des observations que nous rapportons, on a pu voir qu'il existait souvent un léger degré d'hémopéricarde. Mais, dans ces cas, il ne constitue pas un danger et peut même guérir spontanément par résorption. Si l'hémopéricarde devient plus abondant, il peut devenir nécessaire de le traiter comme un épanchement péricardique ; or, on trouve un certain nombre de cas de guérisons qui ont été mentionnées dans les auteurs. Enfin, l'hémopéricarde peut être très abondant, entourer le cœur de caillots, le comprimer et entraver son fonctionnement ; dans ces cas, il amène la mort rapide.

En somme, cette opération peut donner lieu à un certain nombre de complications, dont la plupart peut être évitée, ainsi que nous l'avons montré.

V. Mode d'action.

Comment agit la cardiocentèse ? De deux façons. Et, d'abord, comme saignée.

Mais alors, objectera-t-on, pourquoi ne pas faire la saignée classique ? Dans les cas où l'indication formelle de la cardiocentèse se pose, la saignée est impossible. En effet, comme nous l'avons dit, les veines périphériques sont vides, la systole est faible ; il y a quasi arrêt de la circulation en retour, puisque le cœur droit est impuissant à remplir ses fonctions. Dans ces cas, une saignée sur une veine ne donnerait pas de sang, les valvules étant disposées de façon à en prévenir le retour. D'autre part, une saignée sur une artère déchargerait d'une partie du sang qu'il renferme le ventricule gauche, mais n'agira ni sur le cœur droit, ni sur la circulation pulmonaire. Certains auteurs, enthousiastes peut-être, prétendent que cette opération est plus simple et moins pénible pour le malade qu'une simple saignée ; tel est l'avis de Leuf (1) et de Roberts (2). Son effet est plus prompt.

Une saignée peu abondante pratiquée sur le cœur représente une saignée veineuse huit à dix fois plus copieuse. On évite ainsi une trop grande perte de sang.

De plus, cette saignée pratiquée sur le cœur est le moyen le plus rapide de remédier à la dilatation, et de désencombrer la circulation pulmonaire.

Mais la cardiocentèse n'agit pas uniquement comme saignée ; elle agit peut-être autant comme excitant mécanique du cœur. Le cœur distendu faiblit, de même que la vessie surdistendue devient paresseuse. C'est à cette parésie que remédie la piqûre du cœur, ainsi qu'on a pu le constater dans les diverses observations rapportées. D'ailleurs, un certain nombre de travaux ont été faits à ce point de vue particulier : ainsi, Searle (3) a tenté l'acupuncture du cœur dans certains cas désespérés de choléra, sans succès d'ailleurs. Demme (de Berne (4) rapporte une observation intéressante : un malade épileptique eut une attaque très prolongée, qui amena une syncope et la mort apparente. Le cœur ne se contractait plus ; on ne pouvait plus percevoir de pouls radial ; on obtint la guérison par l'acupuncture du cœur. Il signale également le cas d'un malade, qui,

(1) *Medical Record de New-York* 14 novembre 1885, p. 538).

(1) *Medical Record de New-York* (9 décembre 1885, p. 682).
(2) *Boston medical and Surgical Journal* (1883, p. 79).
(3) *Archives de Langenbeck* (*Chirurgie clinique*) (1870).
(4) *Archives de Langenbeck* (*Chirurgie clinique*) (1870).

pendant l'éthérisation, fut pris d'une syncope qui résista à tous les traitements. L'acupuncture du cœur amena aussi la guérison.

On voit donc que la ponction du cœur agit, au point de vue mécanique, en réveillant les battements du cœur.

VI. *Conclusions.*

La cardiocentèse est une opération praticable ; en elle-même, elle n'est pas dangereuse dans la majorité des cas. Cependant, M. Rendu (1), en 1882, a dit encore dans son mémoire sur la péricardite. « Une blessure du cœur est une trop grosse responsabilité à assumer, pour que l'on ne s'efforce pas de l'éviter à tout prix. » Les nombreux faits où la piqûre du cœur a été inoffensive autoriseront cependant les médecins à tenter cette opération. Elle est destinée surtout à remédier à la dilatation du cœur droit, en l'absence de toute lésion organique.

La méthode aspiratrice facilite cette opération.

On peut ponctionner l'oreillette ou le ventricule.

Cest le troisième espace intercostal droit, près du bord droit du sternum, que doit perforer l'aiguille pour pénétrer dans la cavité auriculaire ; elle doit suivre une direction antéro-postérieure.

Le ventricule doit être ponctionné dans sa région la moins mobile, c'est-à-dire près de sa base ; pour cela, l'aiguille doit être enfoncée dans le quatrième espace intercostal gauche, près du bord gauche du sternum.

La ponction du ventricule est bien préférable à celle de l'oreillette, parce que sa paroi plus épaisse est plus à l'abri de la déchirure, par suite expose moins à l'hémo-péricarde ; et parce que l'oreillette est surtout un régulateur et un réservoir et non pas un muscle propulseur du sang ; en vidant l'oreillette, on diminue de peu le travail du cœur.

La cardiocentèse agit comme saignée et comme excitant mécanique du cœur. Pratiquée sur le cœur droit en particulier, c'est une véritable saignée de la petite circulation.

Les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'il soit possible de formuler un jugement définitif sur cette opération. Ce que nous avons voulu montrer par ce travail, c'est que la cardiocentèse est une opération possible et qui ne doit pas être rejetée *a priori*.

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* (1882, p. 86).

Hopitaux de Paris. — *Concours des prix de l'Internat.* — La question posée à l'épreuve de Pathologie interne a été : *Diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale.* Les autres questions restées dans l'urne étaient, pour la question de chirurgie : *Tumeur blanche du genou et luxation antéro-interne de l'épaule* (diagn. et trait.). — Pour la question de médecine : *Accidents de la vaccine* et *paralysie diphtérique.* Le concours est terminé. Les candidats ont été classés : 1° M. Girode ; 2° M. Lejars ; 3° M. Barbier ; 4° M. Polguère.

Concours. — *Externat.* — 2e Epreuve : Les dernières questions traitées ont été les suivantes : Signes et diagnostic des luxations en général ; Confection et application d'un appareil platré pour fractures de jambe.

Internat des asiles d'aliénés. — Les candidats ont eu dans les dernières séances à traiter les questions orales suivantes : *Symptômes et diagnostic de la péritonite chronique* : *Signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou* : *Symptomes et diagnostic de la paralysie agitante* ; *Causes, signes et diagnostic des fractures de la rotule.* Le concours vient de se terminer par les nominations ci-après : MM. Glower, Colin, Terien, Thomas, Gauthier, Pactet, internes titulaires ; — MM. Covrard, Raoult, Barazer, Souillard, Rousseau, Riéder, internes provisoires.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'intoxication mercurielle aux mines d'Idria ;

Nous avons publié dans le *Progrès Médical*, il y a trois ans (1) une étude sur les *manifestations morbides liées à l'intoxication mercurielle* que nous avions observées en Espagne chez les mineurs d'Almaden. Si l'on compare l'état sanitaire actuel à celui qui existait en 1848, lorsque M. le docteur Roussel visita les mines d'Almaden (2), on est frappé des résultats qui sont dus à une connaissance plus exacte des symptômes de cette intoxication et surtout à une hygiène mieux entendue.

Il faut néanmoins reconnaître que la plupart des mineurs payent encore un tribut plus ou moins lourd à l'hydrargyrisme ; les uns n'ont que des accidents légers comme la stomatite par exemple, accidents qui peuvent reparaître à intervalles irréguliers sous l'influence de causes qu'il reste à préciser ; mais les autres, en plus petit nombre il est vrai, sont atteints d'accidents graves qui déterminent dans l'organisme des perturbations profondes et de longue durée. Aussi peut-on voir à l'hôpital d'Almaden, de trente à quarante malades dont l'existence est compromise par le fait même, de la chronicité des accidents. Si l'on songe d'autre part que chez de tels malades, la thérapeutique est à peu près impuissante ; que ce sont des soins hygiéniques de tous les instants qui donnent les meilleurs résultats, on est en droit de se demander, si les mesures prophylactiques ne doivent pas dans ces mines jouer le premier rôle et si là encore comme dans les autres maladies toxiques, dans les maladies infectieuses, le médecin ne doit pas avoir pour but de prévenir le mal avant de chercher à l'enrayer.

Cette année, nous trouvant en Autriche, nous avons pu aller étudier aux mines d'Idria, l'intoxication mercurielle : c'est l'étude comparative de l'intoxication à Idria et à Almaden, que nous nous proposons d'exposer ici. On verra que l'hydrargyrisme est tout autre, suivant qu'on l'observe dans l'une ou l'autre de ces deux villes. Les mines d'Idria sont à juste titre citées comme un type parfait d'exploitation, et grâce à l'amabilité des directeurs et aux renseignements qui nous ont été fournis par les médecins d'Idria, nous avons pu nous convaincre que l'intoxication par le mercure disparaitra, le jour où l'on aura pu persuader aux ouvriers que l'hydrargyrisme se réduit somme toute à une question d'hygiène générale, de prophylaxie individuelle. Nous pensons qu'on peut appliquer aux autres ouvriers exposés par des professions diverses aux vapeurs mercurielles, ce que nous avons cru devoir conclure de cette étude et à notre sens l'empoisonnement par le mercure deviendra de plus en plus rare quand on voudra l'éviter.

Un mot maintenant sur les mines d'Idria : Idria est une ville de 4000 habitants, située dans la Carniole, au pied des dernières ramifications des Alpes Cadoriques. Elle est éloignée de tout centre important : les habitants ne quittent guère Idria et vivent dans la montagne.

L'exploitation minière occupe mille ouvriers. Comme

(1) *L'intoxication mercurielle aux mines d'Almaden*, in *Progrès Médical* 6 décembre 1884.

(2) *Lettres médicales sur l'Espagne*, (*Union médicale*, 1848 numéros 90 et suivants).

à Almaden, le mercure se présente sous forme de cinabre : le minerai est moins riche que celui d'Espagne et se trouve mélangé à des dolomies. Ce mélange nécessite une opération de broiement qui semblerait au premier abord devoir être des plus funestes à la santé des ouvriers chargés de ce travail.

Les puits se présentent comme ceux d'Almaden, avec la même profondeur : les galeries sont un peu moins vastes, mais, et c'est là le point important de ces détails techniques, la ventilation est parfaitement établie et bien supérieure à celle des mines d'Almaden. Les ouvriers passent huit heures dans la mine : quatre heures le matin et quatre heures le soir, après une pause de quatre heures.

Comme à Almaden, les ouvriers les plus exposés à l'intoxication sont ceux qui sont employés aux différents travaux que nécessite la sublimation du minerai. Mais entre le moment où le minerai est extrait de la mine et celui où le mercure liquide est recueilli dans des cuvettes, il y a des opérations intermédiaires dont plusieurs pourraient être nuisibles à la santé des ouvriers. Ces derniers néanmoins sont très rarement malades : ils n'entrent même jamais à l'hôpital pour une manifestation d'hydrargyrisme. Parmi les ouvriers employés aux mines il faut donc distinguer les mineurs proprement dits, des autres ouvriers préposés aux différents traitements que doit subir le minerai.

Les premiers ne sont presque jamais malades. Bien plus, quand un ouvrier de la fabrique est pris de tremblement, il demande souvent à descendre à la mine, et sans aucun traitement, il obtient en général assez rapidement sa guérison. Ce sont donc les ouvriers occupés dans la fabrique aux diverses opérations de la sublimation, qui sont exposés au tremblement. Encore est-ce là un fait rare. Nous n'avons même pu voir aucun ouvrier atteint de tremblement, tandis qu'à Almaden nous avions pu observer de nombreux malades affectés souvent à un degré très prononcé de tremblement mercuriel. Les seuls ouvriers exposés à trembler sont donc ceux qui respirent les vapeurs mercurielles de la sublimation. Les ouvriers sont remplacés tous les trois mois et le tremblement devient ainsi très rare. Nous ne revenons pas ici sur l'agencement des différentes salles de la fabrique qui sont comme les mines bien aérées et parfaitement organisées. Lorsqu'un ouvrier est atteint de tremblement, il quitte aussitôt la fabrique et va dans la montagne où, sous la seule influence de l'hygiène, il se rétablit promptement. La stomatite qui est également un accident fréquent à Almaden est encore assez rare à Idria. C'est au plus si l'on compte cinquante cas par an de stomatite bénigne qui cède rapidement à l'emploi d'un gargarisme composé de trois grammes d'acide borique pour un litre d'eau. La marche de ces accidents est ordinairement aiguë : l'inflammation chronique si fréquente à Almaden ne se rencontre pas ici. Les dents, au dire du docteur Kaiserberger, ne paraissent pas subir les atteintes du mercure.

Je dois dire, cependant, que beaucoup d'employés sont privés de leurs dents et que j'ai retrouvé à Idria ces dents d'un brun verdâtre à surface rugueuse et déprimée, sur lesquelles mon excellent maître, M. le Dr Letulle, a récemment appelé l'attention dans son savant mémoire sur les paralysies mercurielles (1).

L'un des médecins d'Idria, établi dans cette ville depuis quinze ans, a pu observer quelques cas très rares de paralysie des extenseurs des avant-bras et qui ont facilement guéri par le changement seul de résidence. Il n'a jamais constaté aucun trouble du côté de la sensibilité générale ou spéciale. Nous avons recherché chez quelques ouvriers l'état de la sensibilité et nous n'avons rien constaté d'anormal. Malheureusement, nous n'avons pu avoir sur ces paralysies des détails bien précis. Dans son mémoire, M. Letulle a fait connaître les particularités intéressantes de ces paralysies. Nous aurions voulu pouvoir apporter ici quelques observations complémentaires, mais ces recherches qui sont possibles dans un grand hôpital, deviennent bien difficiles dans la clientèle de province et les renseignements qui nous ont été donnés tant au point de vue clinique qu'au point de vue expérimental, sont trop incomplets pour que nous en puissions tirer aucune déduction.

Il en est encore de même pour cette autre question toute d'actualité et pleine d'intérêt des rapports de l'hystérie avec l'hydrargyrisme. Nous n'avons pu avoir sur ce sujet aucun renseignement et nous ne pouvons rien ajouter aux travaux de M. Debove et de notre collègue Achard.

Nous nous étions enfin proposé de rechercher quels pouvaient être les rapports de l'hydrargyrisme avec la syphilis, nous demandant si celle-ci était influencée dans ses manifestations ou dans sa marche par l'imprégnation mercurielle. Mais les médecins d'Idria nous ont certifié qu'ils n'avaient jamais observé un seul accident syphilitique dans leur ville éloignée, comme nous l'avons dit, de tout centre important. La question reste donc à l'étude.

Deux affections seraient fréquentes à Idria : la tuberculose et le rachitisme. Si pour la tuberculose on peut faire jouer un rôle à l'air confiné des mines, pour le rachitisme on peut invoquer l'allaitement artificiel qui est substitué le plus souvent à l'allaitement maternel. Comme on pouvait s'y attendre, la tuberculose pas plus que le rachitisme ne présentent donc des rapports directs avec l'hydrargyrisme. Quant à ces maladies aussi nombreuses que variées qu'on a voulu rattacher à l'intoxication mercurielle, nous ne les avons pas plus rencontrées à Idria qu'à Almaden : ce sont certainement des coïncidences et il n'y a aucune relation à établir entre l'hydrargyrisme des mines et l'amaurose, les angines ulcéreuses, les hépatites, les lésions osseuses, etc. Nous réservons la question de l'albuminurie : malgré notre désir il ne nous a été possible de faire aucun examen d'urine : on nous a néanmoins affirmé que les affections rénales n'étaient pas plus fréquentes à Idria qu'ailleurs.

Du coté de la peau nous n'avons rien constaté d'anormal, sauf cette sécheresse et cette teinte plombée des téguments qui n'a d'ailleurs rien de spécial aux mines de mercure.

Nous signalerons encore l'impressionnabilité au fr et les douleurs musculaires ou articulaires qu'accus

(1) LETULLE. — *Recherches cliniques et expérimenta ralysie. mercurielles* ; (*Archives de physiologie*. Ma, 1

aussi les mineurs d'Almaden, mais ces arthralgies nous semblent être moins fréquentes en Autriche.

Est-ce à dire que l'intoxication mercurielle se réduit à Idria à ces accidents sans importance, à quelques cas isolés de stomatite ou de tremblement, à quelques faits encore plus rares de paralysie et que les mineurs échappent à l'influence nocive des vapeurs mercurielles? Il n'en est certes pas ainsi. Lentement mais sûrement, le mercure agit sur l'organisme et les meilleures constitutions ne sont pas toujours à l'abri des effets funestes de l'agent toxique. Aussi, à la longue, et malgré les améliorations que les ingénieurs ont jusqu'ici introduites dans l'exploitation, certains ouvriers finissent par présenter une teinte jaunâtre, un aspect émacié; ils sont atteints de cette cachexie mercurielle qui se traduit par l'anémie, la faiblesse, l'amaigrissement, la perte des forces. Il n'est même pas très rare de rencontrer chez l'ouvrier employé depuis vingt ou trente ans aux mines une sorte de paresse intellectuelle, de perversion des facultés psychiques, allant même parfois jusqu'à l'imbécillité. Nous avions déjà noté cet état mental chez les mineurs d'Almaden. On observe le même affaiblissement avec malaise, troubles digestifs. Le caractère s'assombrit; le malade devient triste et bizarre et il ne tarde pas à tomber dans un état voisin de la démence.

Nous nous hâtons d'ajouter que ce sont là des accidents qui surviennent chez les anciens mineurs, et encore n'est-ce pas là une loi absolue. Existe-t-il une prédisposition héréditaire ou autre à cette cachexie et à ces troubles cérébraux; quelles peuvent être les lésions anatomiques qui commandent à ces états. Faut-il reconnaître à l'alcoolisme, par exemple, une part dans l'éclosion des accidents : ce sont là des questions qu'il est pour le moment bien difficile de résoudre. Les enfants des mineurs ne se ressentent aucunement de la toxicité du mercure; ils sont, il est vrai, en imminence de rachitisme ou de tuberculose comme nous le disions plus haut, mais pour des causes bien différentes. En résumé, quelques accidents rares sans gravité, ne nécessitant même pas l'entrée à l'hôpital, mais possibilité d'une imprégnation lente par le mercure et cachexie finale, telle est l'idée qu'on peut se faire de l'intoxication aux mines d'Idria.

Quant aux habitants non employés aux mines ils ne se ressentent pas plus qu'à Almaden des effets toxiques des vapeurs mercurielles. Il faut être en contact avec les vapeurs de mercure pour que celui-ci agisse sur l'organisme. Il importe, en outre, de faire une distinction entre le mineur proprement dit et l'ouvrier employé aux différents traitements du minerai. Dans les mines d'Idria le premier n'est pour ainsi dire jamais malade, le second est exposé à des accidents, et il l'est d'autant plus que son travail exige sa présence auprès des fours. Cependant ces effets nuisibles de la sublimation sont en quelque sorte annihilés grâce aux préceptes d'hygiène générale et individuelle que l'administration fait respecter dans ses mines. L'intoxication mercurielle avec laquelle il faut compter à Almaden peut donc être négligée à Idria. Ses effets immédiats n'ont que peu d'importance. Ses effets lointains, en réalité assez rares aujourd'hui, semblent même devoir disparaître un jour.

P. RAYMOND.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 décembre 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN

MM. CORNIL et CHANTEMESSE décrivent l'étiologie d'une maladie contagieuse qui, depuis plusieurs années, fait de nombreuses victimes dans la race porcine. Il s'agit de la *pneumonie contagieuse des porcs*, maladie presque toujours mortelle et confondue jusqu'ici avec le rouget. Elle se distingue de ce dernier par sa lenteur, par la prédominance des symptômes pulmonaires et par les caractères des micro-organismes qui la causent : de plus, elle n'est pas modifiée par l'inoculation du vaccin du rouget. Le microbe qui provoque cette pneumonie est une petite bactérie ovale ou un bâtonnet terminé par des extrémités ovalaires. Il est immobile, aérobie ou facultativement anaérobie. Sur la gélatine, les cultures présentent des colonies clairsemées très élégantes, rappelant un ouvrage de ciselure. L'injection d'un quart de centimètre cube de cette culture suffit à tuer un porc en trois semaines. Elle tue les lapins, les cobayes, les souris dans un temps beaucoup plus court. Les lésions constatées à l'autopsie montrent que la pneumonie contagieuse des porcs est une maladie infectieuse générale plutôt qu'une affection pulmonaire localisée. La prédominance des symptômes pulmonaires est le résultat du mode d'introduction du virus qui pénètre le plus souvent par les voies respiratoires: mais la maladie peut aussi se gagner par la voie digestive ou par une blessure cutanée. Cette maladie se propage actuellement à Paris par le marché de la Villette. MM. Cornil et Chantemesse montreront, dans une seconde communication, comment ils ont pu obtenir des virus atténués qui donnent à plusieurs espèces animales l'immunité contre le microbe virulent.

M. DEBOVE étudie la *pathologie de l'urticaire hydatique*. Chez les malades atteints de kyste hydatique, il survient fréquemment une éruption d'urticaire, soit à la suite d'une ponction, soit à la suite de l'ouverture spontanée du kyste dans le péritoine. M. Debove a pu démontrer que cet urticaire est le résultat d'une auto-intoxication et que les divers sujets y sont inégalement prédisposés. En effet, après avoir filtré le liquide transparent extrait par ponction d'un kyste hydatique, il en a injecté trois seringues de Pravaz, en trois points différents, sous la peau du ventre de trois sujets qui n'avaient jamais eu d'éruption ortiée. Le premier sujet ne présenta rien de particulier. Le second eut une éruption ortiée localisée aux trois points inoculés; cette éruption se produisit en papules au bout de dix minutes. Le troisième sujet eut tout d'abord, comme le deuxième, une éruption locale; mais, vingt minutes après, apparurent quatre grandes plaques d'urticaire papuleuse à la partie postérieure du tronc, et, six heures après, d'autres plaques confluentes à la partie antérieure des bras et des avant-bras.

M. DASTRE adresse, au sujet de la récente communication de M. de Saint-Martin, une *note rectificative* réclamant pour Paul Bert la priorité des résultats annoncés par le premier expérimentateur.

M. LAFFONT analyse *l'action physiologique de la cocaïne*. Cette substance exalte le fonctionnement du système nerveux grand sympathique; sous son action, les vaisseaux se contractent, ainsi que tous les organes à fibres lisses (estomac, intestin, vessie, capsule oculo-orbitaire). La cocaïne paralyse les extrémités des nerfs sensoriels et sensitifs. Elle est, au point de vue des terminaisons sensitives des nerfs, ce qu'est le curare au point de vue des plaques motrices. Aussi l'animal intoxiqué par la cocaïne, privé de ses sens, est-il isolé au milieu de tout ce qui l'entoure : il est comme plongé dans le néant. Cependant les cris qu'il pousse lorsqu'on excite le nerf crural, les efforts qu'il fait pour s'enfuir, nous montrent que les propriétés encéphalo-médullaires sont intactes et même accrues.

M. E. DOUMER étudie *les voyelles dont le caractère est très aigu*. Les voyelles (*i* et *u*) sont regardées par quelques physiciens comme n'étant pas des voyelles pures. Mais, en

les examinant à l'aide de la méthode photographique directe, M. Doumer a reconnu : 1° Que les sons *i* et *u* sont réellement des voyelles pures, c'est-à-dire qu'il existe entre le son laryngé et le son renforcé un rapport harmonique, — 2° que la note caractéristique de la voyelle *i* est voisine de ut dièze$_6$, ou du moins est comprise entre ut$_6$ et ré$_6$, suivant la hauteur du son fondamental ; — 3° Que la note caractéristique de la voyelle *u* est sensiblement plus grave de deux tons que celle de la voyelle *i* ; elle correspond à la note la$_3$.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 déc. — Présidence de M. Brown-Séquard.

MM. Laborde et Dr Franck demandent une rectification du procès verbal de la précédente séance à propos de la communication de M. Laffont. M. Laborde a étudié bien avant cet auteur l'action de la cocaïne sur le système nerveux central, et M. Franck a montré également quelle était son action sur le pneumogastrique.

M. Netter a isolé dans la salive de trois personnes bien portantes un microbe identique à celui qu'a décrit Friedlaender en 1883, microbe capsulé, que l'on considère comme l'agent de la pneumonie. C'est la première fois que ce microbe est nettement déterminé dans la salive. Néanmoins cet organisme a été observé par Thost dans les fosses nasales de personnes bien portantes et les constatations de l'auteur démontrent aussi la présence, à l'origine des voies aériennes, d'un microbe auquel on a fait jouer un rôle important dans la pathogénie et la pneumonie. Ce microbe pourra donc pénétrer dans les poumons des pneumoniques et alors que devient la qualité de pathogène qu'on lui a prêté? Aussi lorsqu'on analyse minutieusement les observations, on remarque que ce n'est que très rarement que le microbe de Friedlaender a été trouvé seul et que bien plus souvent c'est celui de Fraenkel que l'on a rencontré. L'auteur ne nie pas l'action du microbe de Friedlaender mais il pense qu'il n'agit jamais seul dans la production de la pneumonie et que, dans tous les cas, il se trouve souvent dans la salive des sujets sains.

M. Ch. Féré. — Les phénomènes de l'audition colorée n'ont pas été étudiés pour la première fois par des médecins italiens, mais bien par Sachs, en 1812. Cette audition s'observe à propos d'excitations olfactives et gustatives, aussi bien qu'à propos d'excitations auditives, et, au début, de certaines attaques d'épilepsie et d'hystérie. L'interprétation de ce phénomène à l'aide de fibres unissant le nerf acoustique au centre optique n'est rien moins que démontrée

M. Chantemesse. — Nous avons établi M. Cornil et moi, dans une récente communication à l'Académie des sciences, qu'il existait une pneumonie contagieuse des porcs qui avait jusqu'alors été confondue avec le *rouget* et dont nous avons isolé et cultivé l'organisme. La contagion se fait par les matières fécales et par le mucus, projeté sur le sol, qui tapisse l'arbre bronchique des animaux. C'est le marché de la Villette qui est le plus souvent le lieu de contagion; depuis 2 ou 3 ans, les porcs qu'on y amène ne peuvent y séjourner quelques heures sans prendre la maladie; de même des foires des environs de Marseille, où la pneumonie sévit avec intensité. Nous donnerons ultérieurement une étude complète du virus, mais déjà nous pouvons dire qu'on arrive à en supprimer les effets nocifs par des cultures et des inoculations répétées et atténuées.

M. Brown-Sequard complète sa précédente communication sur la *toxicité de l'air expiré*.

M. Laget (de Marseille) a constaté les bons effets de l'antipyrine à la dose de 4 grammes en deux fois pour régulariser le travail et diminuer de beaucoup les douleurs de l'accouchement dans ses dernières périodes

M. Dupuy a fait l'autopsie d'un chien antérieurement présenté à la Société, et de laquelle il résulte, suivant lui, que la substance grise n'est pas indispensable pour la production des mouvements volontaires et qu'il n'est pas encore prouvé qu'elle soit excitable.

M. Tourneux remet une note sur le *développement du vagin mâle chez le fœtus humain*.

MM. Bouchard et Chauveau sont élus vice-présidents.

(La prochaine séance aura lieu le 7 janvier 1888).

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 décembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. R. Blache lit une note intitulée : *Aperçu clinique sur l'hypertrophie des amygdales palatines et du tissu adénoïde du pharynx nasal.*

M. Legroux fait une communication sur la *guérison rapide de la chorée par l'antipyrine.* L'auteur relate six observations de chorée de Sydenham, guéries au moyen de l'antipyrine. Ces six observations permettent de dire que l'antipyrine est, et a le droit de devenir un des moyens les plus rapides, les plus sûrs, les plus inoffensifs dans le traitement de la chorée. En effet, il a fallu de six jours au moins à 27 jours au plus pour guérir une maladie qui, traitée par les moyens ordinaires, est toujours longue et d'une durée moyenne de 69 jours d'après MM. G. Sée et Roger, de 90 jours pour M. Cadet de Gassicourt. Un gramme d'antipyrine purifiée, est dissous dans 20 grammes de sirop d'écorces d'oranges amères et est administrée avec ou sans addition d'eau. Il faut arriver à la dose de trois grammes par jour pour obtenir des effets thérapeutiques.

Suite de la discussion sur la pelade.

M. Ollivier, au nom de la section d'hygiène, dépose les conclusions suivantes, en réponse à une demande de M. le Ministre de l'instruction publique pour savoir s'il n'y aurait pas lieu de modifier la durée de l'isolement imposé aux élèves des lycées atteints de maladies contagieuses : 1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, de la diphtérie, seront strictement isolés de leurs camarades ; 2° La durée de l'isolement sera comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion) ; elle sera de 40 jours pour la variole, la scarlatine et la diphtérie de 25 jours pour la varicelle et les oreillons ; 3° L'isolement cessera seulement lorsque le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et aura été soumis à autant de frictions générales portant même sur le cuir chevelu ; 4° Les vêtements que l'elève avait au moment où il est tombé malade devront être passés dans une étuve à vapeur ou soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés : 5° La chambre devra être soigneusement aérée. Les parois et les meubles seront lavés avec une solution de sublimé. Les objets de literie seront désinfectés dans l'étuve à vapeur sous pression ; enfin, les matelas préalablement défaits, seront soumis au même traitement ; 6° L'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées dans ce rapport, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin attestant que cet élève a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées. La réception de l'élève restera toujours subordonnée à un examen du médecin de l'établissement. — L'Académie, après quelques observations échangées entre MM. Le Fort, E. Besnier, Brouardel, Larrey et Gautier, décide le renvoi du rapport, pour le compléter, à la section d'hygiène.

M. Ollivier propose plusieurs mesures hygiéniques qui pourraient, selon lui, permettre de maintenir dans les établissements d'instruction publique, les élèves atteints de pelade.

M. Ernest Besnier constate que les mesures proposées par M. Ollivier ne découlent pas naturellement de son travail sur la non contagiosité de la pelade, mais semblent plutôt de nature à donner satisfaction à ses contradicteurs. Après avoir rappelé une série de faits établissant la contagion de la pelade, M. Ernest Besnier demande la formation d'une commission spéciale qui serait chargée de présenter un ensemble de mesures à appliquer à l'égard des peladeux. A cet effet, M. Ernest Besnier a rédigé plusieurs conclusions.

M. Bucquoy appuie la proposition de M. E. Besnier et ne pense pas que la pelade, rare dans les lycées, exige un isolement absolu. La proposition de M. E. Besnier est mise aux voix et adoptée; la commission est composée de MM. Hardy, Ernest Besnier, Ollivier, Fournier, Cornil et Bucquoy.

Renouvellement partiel des commissions permanentes pour 1888.

Epidémies : MM. Nocard et Ollivier.
Eaux minérales : MM. Proust et Robin.
Remèdes secrets : MM. Prunier et Marty.
Vaccine : MM. Trasbot et Laboulbène.
Hygiène de l'enfance : MM. Charpentier et Roussel.
Comité de publication : MM. Legouest, Empis, Gariel, L. Le Fort et Bucquoy.

A. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre 1887. — Présidence de M. Polaillon.

M. Verneuil cite un travail datant de 1883 et dû à M. Potain, ayant pour titre : *Des fluxions pleuropulmonaires réflexes d'origine utéro ovarique.* C'est donc M. Potain qui, le premier, a publié un mémoire sur les faits relatés dans la dernière séance par M. Demons. M. Potain a surtout étudié les *états flemopulmonaires aigus*, à l'opposé de M. Demons, qui ne s'est occupé que des cas chroniques.

M. Terrier croit qu'il y a une grande différence entre les faits cités par M. Potain et ceux de M. Demons. Ce dernier ne s'est occupé que des épanchements pleurétiques accompagnant les kystes de l ovaire.

M. Verneuil est d'avis qu'il y a entre ces divers ordres de faits plus de rapport que ne le pense M. Terrier.

M. Terrillon tient à répéter qu'il n'y a pas d'analogie entre le coton employé par M. Trélat et lo tissu spongieux dont il a précédemment parló. Il insisto à nouveau sur lo lavage du péritoine. L'eau bouillie est, on peut le dire, presque absolument asoptique. Ello ne contient, au dire des élèves de M. Pasteur, aucun germe pouvant être nuisible à l'homme. Mais il faut qu'elle ait été bouillie tout à fait récomment, au moment de l'opération. On aura beau dire, les éponges sont très difficiles à désinfecter d'une façon certaine.

M. Terrier ne connaissait l'opinion des élèves de M. Pasteur que vient de formuler M. Terrillon. Désormais il aura une plus grande confiance dans l'eau bouillie; d'ailleurs, il ne conteste pas les avantages du lavage du péritoine dans ces conditions

M. Kirmisson décrit le tissu spongieux dont ont parlé MM. Terrillon et Pozzi et la manière dont, chez Billroth, on le rend aseptique d'une façon absolue.

M. Pozzi cite les importantes recherches de l'assistant de Billroth sur ce sujet et sur la stérilisation en général des matériaux de pansement. Le lavage du péritoine de Lawson Tait rend les plus grands services quand du pus tombe dans le péritoine.

M. Terrier fait un long rapport sur un travail de M. Desfontaine (du Creusot) intitulé : *Coup de soleil électrique* (1). Les lésions causées par la lumière électrique par l'emploi de l'arc voltaïque pour la soudure des métaux y sont étudiées à propos de deux faits observés au Creusot. M. Terrier a traité la question *ab ovo*, a fait un historique très soigné, analysé les observations publiées antérieurement, cité l'avis d'électriciens compétents et enfin a rapporté un certain nombre d'expériences personnelles. Les conclusions principales sont les suivantes : L'électricité, à partir d'une certaine intensité, amène des lésions de la peau et des yeux. Sur la peau, elles peuvent être comparées à celles d'un *coup de soleil* et portent sur les parties dénudées, non protégées, à condition d'être assez rapprochées de la source d'électricité. Elles sont constituées par de la rougeur avec un léger prurit, puis une desquamation survenant après 4 ou 5 jours et durant 5 jours.

Les lésions oculaires peuvent être simples, passagères ou d'une assez notable importance dans quelques cas rares : Larmoiement abondant, injection des vaisseaux, des conjonctives, sensation de corps étranger dans l'œil, spasme palpébral parfois, etc. Ordinairement, la vision est à peine troublée. C'est là ce qu'on pourrait appeler l'*ophthalmie électrique*. On comprend que le *coup de soleil électrique* puisse exister en même temps que cette ophthalmie électrique. Les auteurs qui se sont auparavant occupés de cette question ont surtout eu en vue l'éclairage électrique et les accidents oculaires dont il est cause et non pas la soudure à l'électricité. Les accidents, d'ailleurs, sont ordinairement bénins, et durent peu. Leur cause est, disent les uns, l'action des rayons lumineux (Martin); l'action des rayons chimiques est pour les autres plus importantes (rayons violets et ultra-violets) : c'est l'avis de la plupart des électriciens. Tant qu'aux rayons calorifiques, il est admis sans conteste qu'ils n'interviennent pas dans cette affaire.

La *Société de Chirurgie* se réunit en comité secret.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 décembre 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. Bucquoy rapporte l'histoire d'un malade qui vient de mourir dans son service. Cet homme âgé de 46 ans, exerçait la profession de charretier ; il vint à l'hôpital demander des soins pour une série d'abcès disséminés sur tout le corps, les uns sous-cutanés, les autres intra-musculaires. Le point de départ de tous les abcès avait été une plaie de la main avec lymphangite et adénite axillaire. Le diagnostic farcin chronique fut posé on apprit bientôt qu'il y avait eu des cas de morve dans l'écurie où se trouvait le cheval qu'il conduisait d'ordinaire A l'autopsie outre les abcès superficiels et des tubercules pulmonaires pathognomoniques, on trouva deux abcès du cerveau et, à la base de la langue, une vaste ulcération d'aspect morveux typique. Les cultures et inoculations faites avec le pus de ce malade par M. Nocard permirent d'affirmer qu'il s'agissait bien là de morve.

M. Féréol a actuellement dans son service un bourrelier qui présente une série d'abcès sous-cutanés très-nombreux, disposés symétriquement de chaque côté, sur le thorax, l'abdomen et les cuisses. Il pense qu'il s'agit là aussi d'un cas de morve.

M. Hayem communique l'observation d'une femme agée de 62 ans, d'une bonne santé habituelle, qu'à la suite de sa dernière grossesse, il y a 14 ans, présenta de l'hypertrophie du corps thyroïde du côté droit. En octobre dernier, rapidement la tumeur a augmenté de volume et actuellement elle se présente sous la forme d'une énorme tumeur à consistance de myome sans bruit de souffle ayant complètement envahi tout le côté droit du cou en serrant et déviant considérablement à gauche le larynx et refoulant en avant la carotide. La malade a souvent des accès de suffocation. Son sang examiné montra un nombre tel de globules blancs (70,000 par mill. cube), qu'on pouvait affirmer qu'il s'agissait là d'un sang leucémique L'examen des divers viscères n'indiquait rien d'anormal Faut-il rapprocher ce fait des cas signalés par quelques auteurs dans lesquels il y a eu une véritable généralisation du tissu goitreux dans divers viscères, surtout la moelle des os ? Rien ne permet actuellement de l'affirmer; toujours est-il qu'on peut intituler ce cas : leucocythémie thyroïdienne. Qu y aurait il à faire ?

M. Bucquoy préconise la méthode des injections iodées de Luguet qui ne produit qu'une inflammation bien localisée autour du point piqué. Mais dans le cas présent il fait de fortes réserves au point de vue du diagnostic, ce cas lui rappelant absolument celui d'une malade morte très rapidement d'un lympho-sarcome développé dans un vieux goitre. — M. Chauffard propose les injections de liqueur de Fowler dans l'hypothèse d'un lymphadénome M. Hayem partage cet avis bien qu'il n'admette pas l'hypothèse émise par M. Rendu d'un cancer, la leucocythose étant alors bien moins considérable et la tumeur douloureuse, ce qui n'existe pas dans son cas.

(1) Voir sur ce sujet la note de M. Charcot, intitulée : *Erythème produit par l'action de la lumière électrique* (*Comptes rendus de la S. de biol.*, t. V, 1858). « L'aspect de la peau dans les endroits atteints était exactement celui d'un *coup de soleil*..., etc. » (B.

M. Ferrand présente des fragments de foie provenant d'un homme de 37 ans, dyspeptique de longue date, qui, le 20 novembre, eut des accidents de péritonite et des selles noires. Le foie était énorme, on diagnostiqua : ulcère simple avec foie secondaire. Le foie était parsemé de nombreux petits abcès miliaires suivant les canaux biliaires remplis de pus muqueux et d'un peu de bile : aucune obstruction mécanique. Il conclut à une angiocholite suppurée.

M. Rendu fait remarquer que si le diagnostic était exact, le foie devrait être infiltré de bile et les voies biliaires uniformément dilatées. Or, en dehors des abcès, le foie est intact : de plus, les parois de quelques abcès sont sphacélées en certains points. Il pense donc qu'il s'agit bien plutôt, dans ce cas, d'une vraie infection septique du foie. Il aurait fallu en chercher l'origine en examinant avec soin les branches de la veine porte abdominale et même les veines hémorrhoïdales. — M. Ferrand partage cet avis.

Sont élus : M. Cadet de Gassicourt, vice-président pour l'année 1888. — MM. Comby et Letulle, secrétaires des séances. — M. Moutard-Martin, trésorier. — M. Desnos, secrétaire général.

L. Capitan.

REVUE DE CHIRURGIE

IV. De la cure radicale des hernies; par M. le Dr Just Lucas-Championnière. — Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 1887, Paris.

V. Des limites de la conservation après les traumatismes de la main; par M. Albert Véroudart. Thèse de Paris 1887. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, Paris.

VI. Des amputations à lambeaux cutanés; par M. le Dr M... Thèse de Doctorat, Gallet, Lyon, 1887.

IV. M. Lucas-Championnière, dans ce très intéressant mémoire appuyé sur une dizaine d'observations personnelles (1), a exposé, il y a quelques mois déjà, ce qu'il pensait de la cure radicale des hernies non étranglées, a décrit son procédé opératoire et a tenté de montrer l'utilité et la légitimité de cette opération. La discussion qui récemment a eu lieu à la Société de Chirurgie et que nous avons eu soin de résumer avec soin dans les comptes rendus publiés par ce journal, donne à cette question un regain d'actualité. Soulevée à nouveau par M. Richelot à propos de la cure radicale des hernies congénitales, elle a moralement obligé tous les membres de la Société à donner leur avis sur cette question, et forcé M. Lucas-Championnière à insister sur les principaux points de son travail. Ceci nous dispensera de répéter, après tant d'autres, plus autorisés que nous, ce qui a été dit et écrit sur ce point de la chirurgie. Il nous paraît inutile aussi de résumer la technique personnelle de M. Lucas-Championnière : quiconque voudra aujourd'hui tenter une opération de cure radicale, devra recourir à ce mémoire lui-même et ne pas se contenter d'en avoir lu des extraits. En antisepsie bien entendue, et en matière de cure radicale des hernies, tout est dans le détail. Tout espoir de succès est là. On ne saurait trop le répéter comme le dit l'auteur, c'est une opération qui, pour ne pas tomber dans le discrédit, doit être faite avec l'aide de la méthode antiseptique la plus rigoureuse, par une main qui ne craint pas de s'astreindre à un véritable apprentissage et à se livrer à des dissections longues et pénibles. La hernie, on ne peut se le dissimuler, est non seulement une des infirmités les plus désagréables, mais dans certaines conditions, est parfois une infirmité grave ; il n'y a rien d'étonnant à ce que les sujets qui en sont porteurs demandent à la chirurgie de les débarrasser de cette épée de Damoclès constamment suspendue au-dessus de leur tête. Mais il faut que le chirurgien, avant d'entreprendre une telle opération, soit certain d'apporter une amélioration très notable à la situation critique pour laquelle on lui demande d'intervenir.

II. La thèse de M. Véroudart sur les limites de la conservation après les traumatismes de la main repose sur un assez grand nombre de faits observés par l'auteur dans un des plus grands centres industriels de France (département du Nord) : elle a été inspirée par M. Guermonprez, dont l'expérience est grande à longue en ce qui concerne ces sortes de lésions. Dans cette sérieuse monographie, l'auteur ne s'occupe que des traumatismes amenant soit une dénudation, soit une lésion du squelette nécessitant une intervention chirurgicale dans le but de régulariser la plaie. On n'y trouvera pas la description du manuel opératoire employé, mais des indications précieuses : 1° sur le but à atteindre dans les cas, à savoir un bon fonctionnement des parties conservées après guérison de la plaie ; 2° sur la date à laquelle il faut intervenir ; 3° sur la valeur comparée des divers procédés à utiliser, un doigt étant donné. Il ne faut pas oublier que le pouce et l'auriculaire sont les plus importants à conserver, et qu'il faut faire tout son possible pour ne les sacrifier qu'en dernier lieu ; après viennent l'index, le médius et l'annulaire. Voici les principales conclusions de l'auteur : Il ne faut pas, après des traumatismes de la main, faire de régularisation avant 15 ou 30 jours. En règle générale, l'amputation dans la continuité est préférable à une désarticulation, dût-on scier l'os tout près de l'interligne articulaire. Au pouce, il faut être ultra-conservateur, à condition de ne pas laisser subsister une tête articulaire sous la cicatrice terminale. A l'auriculaire, il faut amputer dans le corps de l'os, à moins que l'amputation ne doive être faite assez haut ; dans quel cas il faudra scier le métacarpien obliquement pour éviter la saillie du moignon. Pour la phalange de l'index, il faut faire le sacrifice de la plus grande partie du 2e métacarpien, si l'opération doit être pratiquée un peu haut, cela dans le but de sauvegarder l'intégrité fonctionnelle du premier espace interosseux. — [illegible] les résections ont donné de bons résultats aux quatre derniers doigts ; on pourra les tenter avec avantage. Les faits n'autorisent pas à formuler à l'heure qu'il est le même précepte relativement à l'exossation. — De nombreuses figures accompagnent les observations recueillies ; elles facilitent la compréhension des lésions primordiales en même temps qu'elles permettent de se rendre bien compte des résultats obtenus.

VI. Après une revue rapide des différentes méthodes d'amputation avant l'application de l'antisepsie, l'auteur expose les indications et les contr'indications des amputations dans les affections suppuratives aiguës et chroniques, dans les tumeurs, dans les traumatismes, dans les cas de difformités. Il expose ensuite le procédé opératoire de M. le professeur Tripier : *Amputation à deux lambeaux inégaux, lambeaux purement cutanés*, ne comprenant ni muscles ni aponévroses. Les avantages de cette méthode seraient d'éviter les hémorrhagies primitives, la conicité et les névralgies du moignon. On lira avec intérêt la description de la manière dont opère M. Tripier, mais on ne sera peut-être pas convaincu de la supériorité de sa façon d'agir : si les complications ci-dessus n'ont pas été observées, notons la possibilité du sphacèle d'une partie ou de la totalité du lambeau, accident pour ainsi dire propre à la méthode. Il faut attendre des statistiques plus probantes, plus complètes, avant de se prononcer.

Marcel Baudouin.

VARIA

Académie des sciences.

Séance publique annuelle (26 décembre 1887).

L'Académie des sciences a tenu lundi dernier sa séance publique annuelle. Avant la proclamation des prix décernés à la suite des concours de 1887, M. Janssen, président de l'Académie, a dit quelques mots sur chacun des membres que l'Académie a perdus au cours de cette année : Paul Bert, Gosselin, Boussingault, Vulpian ; il a remercié ensuite ceux à qui l'Académie est redevable de legs ou de donations : MM. Giffard, Lecomte, Bischoffsheim. A ce dernier l'Académie a accordé, pour la fondation de l'observatoire de Nice, la médaille Arago qu'elle décerne pour la première fois. M. J. Bertrand, secrétaire perpétuel, a lu l'éloge de M. Dupuy de Lôme.

Il a été procédé ensuite à la distribution des prix. Voici ceux

(1) Il a fait depuis nombre de fois cette opération avec le même succès.

qui intéressent particulièrement les médecins; *Physique* : Grand prix des sciences mathématiques. — Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde une somme de 1,000 fr. à M. H. Willotte, ingénieur des ponts et chaussées. — Prix La Caze. — MM. Henry (Paul et Prosper), astronomes adjoints à l'observatoire de Paris. — *Statistique* : Prix Montyon (statistique). — M. Victor Turquan. Un prix équivalent est décerné à titre exceptionnel à MM. A. de Saint-Julien et Bienaymé. Une mention très honorable est attribuée à M. le Dr F. Lédé et une citation est accordée à M. le Dr Aubert. — *Chimie* : Prix Jecker. — Partagé entre M. Arnaud, préparateur de M. Chevreul au Muséum d'histoire naturelle, et M. Haller, professeur à la Faculté des sciences de Nancy. Prix La Caze. — M. Moissan, professeur à l'Ecole de pharmacie. — *Géologie* : Prix Delesse. — M. Gorcoix. — *Botanique* : Prix Barbier. — MM. Heckel et Schlagdenhauffen. Prix Desmazières. — Partagé entre M. Ardissone, professeur à l'école royale d'agriculture de Milan, et M. Dangeard, chef des travaux de botanique à la Faculté des sciences de Caen. Prix Montagne. — M. Boudier, ancien pharmacien à Montmorency, correspondant de l'Académie de médecine. — *Anatomie et zoologie* : L'Académie a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner les prix Savigny, Bordin et Thore, pour l'année 1887. Grand prix des sciences physiques. — M. Raphaël Dubois, professeur de physiologie générale comparée à la Faculté des sciences de Lyon. — *Médecine et chirurgie* : Prix Montyon. — Les trois prix ordinaires de deux mille cinq cents francs sont décernés à M. le Dr Leloir, à M. le Dr Motais (d'Angers) et à MM. Nocard et Mollereau. Des mentions honorables sont accordées à MM. P. Berger, Cornil et Babès, et Aug. Ollivier, et des citations à MM. Hallopeau, Albert Robin, Bertrand et Fontan, Petit, Robert. Prix Bréant. — Une récompense de 3 000 fr., sur la rente du prix Bréant est accordée à M. Galtier, 2,000 fr. sont accordés à MM. Chantemesse et Widal. Prix Godard. — M. Azarie Brodeur, professeur à Québec. Prix Chaussier. — M. Jaccoud. — Prix Serres. — M. Alexandre Kowalevsky, de l'Université d'Odessa. Prix Lallemand. — Partagé entre MM. Pitres et Vaillard, de Bordeaux, et M. Van Lair, de Liège. — *Physiologie* : Prix Montyon (physiologie expérimentale). — M. Quinquaud. Une mention honorable est accordée à MM. Augustus D. Waller et E. Waymouth-Reid. Prix L. La Caze. — M. Charles Rouget, professeur de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle. — *Géographie physique* : Prix Gay. — MM. Angot et Zeuker. — *Prix généraux* : Médaille Arago. — M. Bischoffsheim. — Prix Montyon (arts insalubres). L'Académie accorde un encouragement de 1,000 fr. à M. Ed. Heckel, professeur à la Faculté des sciences de Marseille. — Prix Petit d'Ormoy (sciences naturelles). M. Balbiani.

Actes de la Faculté de Médecine.

JEUDI 5. — (Epreuve pratique). Médec. opérat. : MM. Panas, Polaillon, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Peyrot, Schwartz. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Brun; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Fernet, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Proust, Hutinel.

VENDREDI 6. — 1er *de Doctorat* : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ollivier, Rémy, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Ch. Richet, Reynier, Segond. — 2e *d'Officiat* (Définitif) : MM. Potain, Kirmisson, A. Robin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Delens, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Landouzy, Chauffard.

SAMEDI 7. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Peyrot ; — (2e *Série*) : MM. Bouchard, Polaillon, Quinquaud ; — (3e *Série*) : MM. Ch. Richet, Schwartz, Brun. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Campenon; — (2e partie) : MM. Proust, Dieulafoy, Hutinel. — *de Doctoral* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Le Fort, Panas, Maygrier ; - (2e partie) (1re *Série*) : MM. Peter, Cornil, Troisier ; — (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Fernet, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 5. — M. Dufestel. Des maladies simulées chez les enfants. — M. Roulliès. Résection du sternum. — M. Bayoux. Comparaison de l'antypirine et du salicylate de soude dans le traitement des affections douloureuses et en particulier dans le traitement des affections rhumatismales. — M. Barbot. Traitement de la coqueluche par les pulvérisations intra-nasales. — M. Lahaye. Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'urèthre chez la femme. — M. Chaleix. Des névralgies vésicales. M. Ythier. Lavage du péritoine dans la laparotomie. — M. Mourct Des tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse sarcomateuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — La Société n'aura pas de séance le 31 décembre. Elle reprendra le cours de ses travaux le 7 janvier 1888.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 18 décembre 1887 au samedi 24 décembre 1887, les naissances ont été au nombre de 1107, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 413 ; illégitimes, 131 Total, 544. — *Sexe féminin* : légitimes, 410 ; illégitimes, 153 Total, 563.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 décemb. 1887 au samedi 24 décembre. 1887, les décès ont été au nombre de 951, savoir : 514 hommes et 437 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 20, F. 12 T. 32. — Variole : M. 4, F. 2, T. 6. — Rougeole : M. 8, F. 6 T. 14. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 4 F. 4. T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 19, F. 20, T. 39. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 108, F. 53 T. 161. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 9. T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 0. T. 00. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 21 T. 34. — Méningite simple : M. 22, F. 13. T. 35. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 18, F. 23. T. 41. — Paralysie M. 2, F. 4 T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 3 T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 36. T. 62. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 18 T. 30. — Bronchite chronique M. 19, F. 20. T. 39. — Broncho-Pneumonie : M. 24, F. 13. T. 37 — Pneumonie M. 22, F. 30. T. 52. — Gastro-entérite, biberon M. 15, F. 11. T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 10. T. 16 — Autres gastro-entérite : M. 1, F. 4. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. - Débilité congénitale et vices de conformation : M. 18, F. 15, T. 33. — Sénilité : M. 9, F. 18. T. 27 — Suicides : M. 16, F. 4 T. 20. — Autres morts violentes : M. 4 F. 3. T. 7. — Autres causes de mort : M. 105 F. 72. T. 177 — Causes restées inconnues : M. 2 F. 2. T. 4.

Morts-nès et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 15. Total : 43 — *Sexe féminin* : légitimes, 26; illégitimes, 16. Total : 42.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Alphonse BERTHERAND, médecin principal des armées, membre correspondant de l'Académie de médecine, directeur-fondateur de la *Gazette médicale de l'Algérie*. M. Bertherand a publié un grand nombre d'ouvrages médicaux, parmi lesquels nous citerons : Précis des maladies vénériennes, de leur doctrine et de leur traitement. — Des résections, de leur valeur dans les traumatismes des os et des articulations; — Campagnes de Kabylie ; — Etudes sur les eaux minérales de l'Algérie ; — Campagne d'Italie ; — Le siège de Paris : — Mémoire sur la rupture spontanée du cœur; — Des pansements rares et des pansements fréquents des plaies; — Des adénites idiopathiques et spécialement de celle du col ; — Des plaies d'armes à feu de l'orbite ; — De l'habitude du tabac ; — De la suture dans le traitement des plaies ; — Observation de rétrécissement de l'intestin, par une bride péritonéale ; — Etude médico-légale sur un cas de mutilation des organes génitaux, attribuée à un chien ; — De l'acclimatement en Algérie, Alger et son climat et sa valeur curative (en collaboration avec Denope), etc. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr GIBERTON-DUBREUIL (de Courbevoie). — Nous apprenons également la mort de M. le Dr BRUQUIER, décédé à Mostaganem. Né en 1804, il prenait, en 1826 son diplôme de docteur.

LÉGION D'HONNEUR. — Dans une visite que vient de faire M. le Président de la République à la Salpêtrière, aujourd'hui vendredi, Mlle Nicole, surveillante et institutrice des enfants idiots et épileptiques, a été décorée de l'ordre de la Légion d'honneur. Nous reviendrons sur cette nomination.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71